

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Guía Práctica para la Adaptación de la Consulta Psicológica a Teleterapia

Mauricio Sebastián Sánchez Espinosa

Psicología

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito para la obtención del título de
Licenciatura en Psicología

Quito, 22 de diciembre de 2020

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

Guía Práctica para la Adaptación de la Consulta Psicológica a Teleterapia

Mauricio Sebastián Sánchez Espinosa

María Sol Garcés Espinosa, MSc.

Quito, 22 de diciembre de 2020

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas. Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Nombres y apellidos: Mauricio Sebastián Sánchez Espinosa

Código: 00140784

Cédula de identidad: 1003741244

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2020

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETheses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publications Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETheses>.

RESUMEN

La telepsicología se refiere a la prestación de diversos servicios psicológicos, a través de tecnologías de información y comunicación. Este trabajo pretende responder a la necesidad de la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito, de adaptar la psicoterapia presencial a la virtualidad tomando en cuenta los nuevos desafíos, oportunidades y necesidades que se presentan en esta modalidad, especialmente en cuanto al marco legal de la profesión y el manejo de crisis en consulta. Dentro de estos temas, se consideran los tipos de poblaciones, características del terapeuta, y dinámicas empíricamente probadas en el contexto de telepsicología; como también las diferentes leyes, códigos de ética y práctica, específicas al lugar desde el que se opera para la práctica a distancia, tanto para la protección del profesional como del paciente. El presente escrito propone la creación de una plataforma dinámica e interactiva que contenga la información más relevante sobre teleterapia. De esta manera, se espera que la herramienta sea tanto útil para apoyo a los profesionales de la clínica e instrucción a nuevos integrantes del equipo de salud mental; como también amigable de forma que la institución pueda modificar y mejorar la plataforma según su necesidad. Este trabajo de titulación fue realizado en colaboración con Camila Aulestia, Valeria Araujo, Emma García, Renata Martínez, Martín Mosquera, Karen Proaño, Camila Ruales.

Palabras clave: teleterapia, implicaciones legales, credenciales profesionales, consentimiento informado, límites de competencia, intervención en crisis, suicidio, violencia doméstica y consumo de sustancias.

ABSTRACT

Telehealth provides mental health services through information and communication technologies. This research project aims to solve the need of the Universidad San Francisco de Quito Mental Health Clinic to adapt practice-based psychotherapy guidelines and protocols to telehealth. The literary review highlights remote psychotherapy challenges and opportunities. Particularly, in terms of legal framework and crisis management. Furthermore, different clinical populations, therapeutic approaches, evidence-based practices, and ethical and legal standards in Ecuador are considered. Finally, we suggest the use of an interactive content creator tool to provide relevant telehealth information. This user-friendly tool will allow the directors of the CSM-USFQ to both train incoming clinicians and update the guidelines according to their needs. This research project was done in collaboration with Camila Aulestia, Valeria Araujo, Emma García, Renata Martínez, Martín Mosquera, Karen Proaño, Camila Ruales.

Key Words: telehealth, legal aspects, professional qualifications, informed consent, competence, crisis management, suicide, domestic violence and substance use.

TABLA DE CONTENIDOS

<i>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN A LA TELETERAPIA</i>	1
Antecedentes de la Telepsicología	1
Ventajas de la Telepsicología	4
Desventajas de la Telepsicología	6
Determinantes de la Efectividad de la Teleterapia	8
Características del Paciente	8
Características del Terapeuta	10
Tipos de Terapia	14
Entorno Legal y Ético de la Práctica Clínica	16
Legislación de la Salud Mental en Ecuador	16
Credenciales Profesionales	17
Elementos Indispensables del Consentimiento Informado	18
Almacenamiento y Protección de Datos	21
Límites de Relacionamento y Competencia	22
Leyes y Obligaciones Legales	23
Intervención en Crisis	28
Plan de Crisis	29
Intervención y Seguimiento	30
Violencia Autoinfligida y Suicidio	31
Ataques de Pánico y Crisis Emocional	35
Violencia Doméstica y Violencia en General	37
Consumo de Sustancias	41
Descripción del Diseño Multimedia para la Educación	44
Contenido sin Distracciones	44
Atención Directa	44
Uso de Imágenes con Narración	44
Agrupar la Información	45
Simplificar la Información	45
Principios para el Diseño de Contenido Multimedia	45
Contenido Simple	45
Contenido Concreto	45
Contenido Creíble	46
<i>Capítulo 2: Dinámica de la organización</i>	47
Historia	47
Misión, Visión, Valores de la CSM	48
Misión	48
Visión	48

Valores	48
Marco Legal	49
Capítulo 3: Descripción de los desafíos	51
Desafíos Encontrados	51
Falta de Recursos de Emergencia Efectivos Creados Específicamente para el Cuidado de Salud Mental y Crisis	51
Acceso a Equipos Electrónicos e Internet	52
Falta de Leyes que Regularicen la Práctica Psicoterapéutica	52
Inexistencia de un Código de Ética Profesional	52
Falta de Leyes que Amparen a la Salud Mental	53
Capítulo 4: Propuesta	54
Resolución de Desafíos Encontrados	56
Falta de Recursos de Emergencia Efectivos Creados Específicamente para el Cuidado de Salud Mental y Crisis	56
Acceso a Equipos Electrónicos e Internet	57
Falta de Leyes que Regularicen la Práctica Psicoterapéutica	57
Inexistencia de un Código de Ética Profesional	58
Falta de Leyes que Amparen a la Salud Mental	58
Conclusión	59
Referencias	61
Anexos	80
Anexo A: Guión gráfico recurso digital	80
Reflexión final	82

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN A LA TELETERAPIA

Antecedentes de la Telepsicología

La psicoterapia es el término que se utiliza en la psicología clínica para el tratamiento de los trastornos o desórdenes mentales una vez que estos se han presentado (Gómez, 2010). Por otra parte, es necesario comprender que el concepto de psicoterapia ha ido cambiando con el paso del tiempo, depende del marco teórico de cada escuela o corriente y del interés social y mundial; además, se han desarrollado diversas intervenciones psicológicas que se dirigen no a la psicopatología, sino que su objetivo es la persecución del bienestar por medio de conductas y formas de pensar más adaptativas y saludables (Gómez, 2010; Asociación Americana de Psicología [APA], 2012).

En el 2012, la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) define la psicoterapia como “un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo (...) que trabajarán juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien”. Así pues, lo que hay que tener presente es que, si bien la psicoterapia tuvo sus orígenes en la psicopatología y en cómo cada escuela definía la misma; en la actualidad, se entiende toda una tecnología que se enfoca no sólo en la psicopatología sino en la prevención y en el bienestar.

Telepsicología es el término designado para referirse a la prestación de servicios psicológicos a través del uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs). Sin embargo, no es el único término utilizado para definir esta modalidad, sino que existe una amplia gama de nomenclatura, tales como: ciberterapias, e-terapia, consulta online, terapia virtual, terapia online, consejo web, telesalud conductual, etc. Esto se da

debido a la existencia de ciertas variaciones en la aplicación tanto de la tecnología como de la terapia (Soto-Pérez et al., 2010). Adicionalmente, es necesario resaltar que por prestación de servicios psicológicos se entiende un amplio espectro que va más allá de la idea tradicional de terapia o psicoterapia e incluye, por ejemplo, la psicoeducación. Dentro del término telepsicología se incluye la teleterapia y esta a su vez, se divide en: “terapia en la Web (automatizada), terapia online (en tiempo real o diferido) y terapia virtual (entorno virtual) como la realidad aumentada” (Olivella-López et al., 2020). Otro concepto, quizá más amplio, es el de e-psicología que se refiere al uso de las TICs, en sus diversas modalidades, para poner en contacto a profesionales de la salud mental con pacientes/clientes que requieren algún servicio psicológico y permitir, por ejemplo, un diagnóstico efectivo y tratamiento, psicoeducar a las personas, generar investigaciones, etc. (Baena et al., 2009; Macías y Valero, 2018).

La relación entre los servicios de salud y el uso de las TICs, especialmente en el campo de la psicología, no es reciente, sino que ya desde la década de los 60`s se comienza a usarlas (Soto et al., 2010). Un ejemplo de este primer contacto es el de la videoconferencia usada por Wittson et al. en 1961; en 1966 Weizembaum “diseñó el programa ELIZA y su aplicación DOCTOR, que simulaba respuestas no directivas de un terapeuta de orientación rogeriana” (Soto et al., 2010, p. 19). En 1970, “Poter desarrollaron un programa de ordenador para incrementar la conciencia de las personas sobre sus hábitos alimentarios con el fin de modificarlos y reducir así la ingesta de calorías” (Baena et al., 2009, p. 122). Se vuelve necesario indicar que las TICs no se limitan exclusivamente al uso de Internet, por el contrario, como su nombre bien lo indica, se refiere a todas aquellas tecnologías de información y comunicación lo cual incluye, sin excluir, agendas virtuales, telefonía fija y móvil, computadoras, etc.

Una división de las TICs en su uso terapéutico y clínico es la de si la terapia es sincrónica o asincrónica, si usa herramientas tecnológicas como un elemento terapéutico: la realidad virtual es usada para el tratamiento de fobias (Olivella-López et al., 2020). Con el desarrollo exponencial de internet, se generan nuevas posibilidades de trasladar las sesiones presenciales a virtuales a través de plataformas de videoconferencia cada vez más actualizadas y seguras; además, este cambio de modalidad implica una serie de adaptaciones, pero no cambios teóricos radicales o de orientación terapéutica (Soto et al., 2010). Este es el caso de la llamada teleterapia, en donde, paciente/cliente y terapeuta se encuentran de manera sincrónica – en tiempo real - en un espacio virtual por medio de una llamada con o sin video.

La teleterapia en una primera instancia nace de la necesidad al acceso a la terapia psicológica por parte de pacientes que padecen una discapacidad física, tienen una afectación grave en la salud o restricción de movilidad (APA, 2014). En la actualidad la teleterapia es la respuesta a las medidas de restricción dadas por la pandemia del COVID-19, las que exigen una gran contención en la interacción social no necesaria con el fin de no poner en riesgo a los miembros de la población. La pandemia ha restringido la interacción cara a cara entre el paciente y el terapeuta con el fin de no poner en riesgo su integridad (Poletti et al., 2020).

A pesar del escepticismo de los terapeutas y de los pacientes, la teleterapia es una alternativa confiable que ha demostrado tener efectos positivos en los pacientes, ya sea que estos hayan empezado en terapia presencial y cambiado a terapia virtual o que estos hayan empezado virtualmente. La teleterapia ha demostrado ser muy efectiva al momento de tratar trastornos comunes de la salud mental tales como la ansiedad, depresión y el estrés post traumático (Poletti et al., 2020). Al igual que en el entorno tradicional de una sesión de terapia, el manejo adecuado de las expectativas de los

pacientes suele estar relacionado con mejores resultados dentro de la consulta. Por el contrario, la poca familiaridad con los medios de comunicación basados en la web y los problemas técnicos podrían reducir específicamente la efectividad de la teleterapia (Poletti et al., 2020).

Ventajas de la Telepsicología

Debemos tener en cuenta que muchas veces las personas no pueden asistir físicamente a terapia. Por ejemplo, las personas que viven en comunidades rurales, personas con discapacidades que no pueden movilizarse, incluso personas que no están seguras de probar la terapia por diversas circunstancias ahora podrán tener mucha más seguridad y facilidad al poder mantener una terapia en línea ya que hace que todo se vuelva más rápido y seguro para ellos (Consejo General de Colegios de Oficiales de Psicólogos, 2017). Esto puede eliminar barreras emocionales y físicas para que todos tengan una oportunidad de asistir a terapia psicológica (Mead, 2020). Adicionalmente, no solo los pacientes con enfermedades crónicas tendrían una mayor facilidad, sino también las personas que necesitan ir al psicólogo por problemas cotidianos (Mead, 2020).

Existen muchos casos en los que los pacientes posponen sus citas físicas por factores emocionales, con frecuencia sucede que no se sienten lo suficientemente bien para salir de sus casas (Claver, 2020). Esto hace que también los horarios y citas en teleterapia sean mucho más cómodos para ellos ya que no tienen que salir de casa. Si es que los pacientes requieren un cambio de cita, es posible que el terapeuta tenga disponibilidad de cambiar horarios de citación (Consejo General de la Psicología de España [COP], 2017).

Puede haber emergencias cuando un paciente realmente necesita hablar con su terapeuta. Por esto, la teleterapia es mucho más adaptativa, incluso cuando hay una hora o episodio en el día donde el paciente puede necesitar algún tipo regulación emocional con urgencia. Se puede notificar con un mensaje y es más fácil para el terapeuta poder contactarse con el paciente (Mead, 2020). Por otro lado, el tiempo que se invierte en el proceso de atención al paciente se ve significativamente reducido al eliminar los tiempos de movilización, cancelación de la cita y espera de la atención (de la Torre Martí y Pardo Cebrián, 2018).

Es posible que existan pacientes a los que les genere mucha ansiedad el salir de casa, el estar en la sala de espera, o tomar un medio de transporte público (Claver, 2020). A ellos se les hace verdaderamente difícil salir de casa. El proceso de tener un nuevo ambiente puede generar estrés que con la tele terapia desaparecería. Para llegar a su terapia solamente deberán conectarse al internet con un dispositivo electrónico. Es importante la familiaridad de los pacientes con cada hogar, ya que con esto se sentirán mucho más seguros (Mead, 2020).

Existen beneficios importantes para los pacientes en la nueva normalidad que nos ha traído el COVID-19. Por lo tanto, debemos tener en cuenta las ventajas que traen también a los terapeutas (Mead, 2020). Al igual que los pacientes, los terapeutas también tienen flexibilidad para trabajar desde casa. Los terapeutas también tienen otro tipo de compromisos personales los cuales pueden solucionarlos gracias al método online. Estos permiten agilizar la sesión y estar preparado para solucionar con más tiempo cualquier conflicto personal y laboral (COP, 2017). Al no tener una oficina fija donde trabajar, los terapeutas pueden reducir sus costos generales en luz, internet, empleados, etc. Así podrán concentrarse mucho más en el apoyo al paciente sin

necesidad de inversión capital de un lugar físico en que invertir dinero y tiempo (Mead, 2020).

Un terapeuta puede tener situaciones de riesgo al tener pacientes nuevos que tienen una enfermedad mental grave pre-diagnosticada (de la Torre Martí y Pardo Cebrián, 2018). Estos individuos pueden tener comportamientos inesperados, potencialmente violentos y podrían atacar contra la seguridad de sí mismos y terceros. La teleterapia actúa como un factor de protección para el profesional de salud mental por la distancia segura entre el terapeuta y el paciente (COP, 2017).

El trabajo terapéutico en línea puede permitir a los terapeutas trabajar con pacientes en cualquier parte del mundo. Esta facilidad telemática elimina la brecha de distancia entre paciente y terapeuta, facilitando el acceso a la atención en salud mental a personas que no tuvieron una oportunidad previa (COP, 2017). Por ejemplo, personas que están en la cárcel, escuelas, comunidades remotas o pacientes que no pueden salir de los hospitales donde se encuentran (Mead, 2020).

Desventajas de la Telepsicología

Existen varias desventajas de esta modalidad, una de ellas es que con la teleterapia existe una mayor probabilidad de que el terapeuta y el paciente no sean parte de una misma comunidad, por lo tanto, el psicólogo podría tener la desventaja adicional de estar culturalmente desinformado acerca de los antecedentes del cliente (McCord et al., 2020). Si se prestan servicios de videoconferencia de salud mental en el entorno de una comunidad rural, por ejemplo, los psicólogos deben adquirir conocimientos de la cultura rural, la cultura del pueblo en que reside el cliente, la facilidad de conexión y también las disparidades de salud a las que se enfrentan los clientes de esa zona (Slama, 2004). Cuando se trata de comprender plenamente la cultura individual del cliente, es

posible que el psicólogo deba tomar una postura más curiosa y estar dispuesto a realizar preguntas más específicas sobre su contexto con el fin de adquirir la información esencial del paciente (McCord et al., 2020).

Por otro lado, el acceso de los clientes a la terapia depende de varios factores externos, lo que dificulta la posibilidad de verificar la fiabilidad de las respuestas de los clientes (Peñate et al., 2014). Además, no siempre se puede vigilar detalladamente el trabajo terapéutico (tareas, autorregistros), lo que significa que no se puede comprobar fácilmente la adhesión al tratamiento o el progreso del paciente (Andersson y Cuijpers, 2009; Newman et al., 2011).

Una desventaja que se destaca es la falta de indicadores auditivos y visuales, y la dificultad que esta origina al momento de comprobar información del paciente, especialmente la que expone sobre su identidad (Rochlen, Zack y Speyer, 2004; Trujillo Borrego, 2005; Vallejo y Jordán, 2007). Por otra parte, los problemas que involucran la atención en crisis y su manejo, serían otra fuerte desventaja, ya que, no se tiene la información suficiente para este manejo, y existe una carencia en cuanto a la información y formación de los profesionales de psicología en esta nueva forma de terapia (Rochlen et al., 2004; Trujillo Borrego, 2005).

Es posible que haya malentendidos en las intervenciones y no siempre estos pueden ser clarificados (Melchiori et al., 2011). Otro inconveniente viene del encuentro intercultural que surge por la comunicación en línea, lo que podría originar una dificultad en el intercambio de intereses, como también posible confusión al momento de entender las necesidades del cliente (Rochlen et al., 2004). Adicionalmente, estos malentendidos pueden incluir complicaciones en la parte jurídica y legal, debido a que el cliente y el terapeuta, al ser de distintas nacionalidades o culturas con leyes y normas

diferentes, el efectuar e igualar algunos aspectos legales y éticos que regulan la terapia significaría un reto añadido (Trujillo Borrego, 2005).

Finalmente, si bien el uso de nuevas tecnologías de información y medios de comunicación permite alcanzar a una gran cantidad de personas, también hace factible que estos servicios puedan llegar a personas que realmente no la necesitan (Melchiori et al., 2011). Además, no existe una forma exacta de evaluar si este tipo de tratamiento es adecuado para la persona (Vallejo y Jordán, 2007). Otra dificultad que conlleva esta actividad es la que viene al momento de asegurar la seguridad cuando se intercambia información de paciente a terapeuta, puesto a que la misma podría ser intervenida por otras personas (Rochlen et al., 2004; Trujillo Borrego, 2005).

Determinantes de la Efectividad de la Teleterapia

Los procesos de psicoterapia son complejos y dinámicos, requieren de un compromiso bilateral entre el terapeuta y el cliente o paciente. Existen diversas barreras y factores que juegan un rol en la efectividad o no del proceso terapéutico; por ende, es importante evaluarlos y determinar cómo adaptarse a esta modalidad (Koocher y Keith-Spiegel, 2016). La evaluación de si es conveniente comenzar un proceso terapéutico por modalidad de teleterapia, y si esta va a ser efectiva o no, se rige por varios factores; es importante evaluar el perfil del paciente, así como el perfil del terapeuta, las herramientas aplicadas y el tipo de terapia a aplicar (Koocher y Keith-Spiegel, 2016). De parte del terapeuta, este proceso empieza por familiarizarse con la investigación y pruebas empíricas sobre la modalidad, como también con las diferentes poblaciones a las que un paciente podría pertenecer. Finalmente, de acuerdo con Koocher y Keith-Spiegel (2016), del perfil del paciente se debe considerar sus expectativas y objetivos, estado de salud física y mental, edad, experiencia con tecnología, entre otros.

Características del Paciente

La edad de los pacientes es uno de los principales determinantes de la actitud y resultados de la teleterapia (Ognowska, 2018). En relación a la viabilidad y sostenibilidad de la teleterapia para niños y adolescentes, se ha planteado la hipótesis de que este tipo de intervención es más eficaz que la atención personal en el tratamiento de trastornos que se encuentran en el espectro autista (Morland et al., 2010). De hecho, un estudio cualitativo reciente reveló que la mayoría de los pacientes reportaron que las sesiones fueron útiles, experimentaron la sensación de elección y, en general, disfrutaron esta modalidad de terapia (Boydell et al., 2010). Asimismo, a medida que la investigación ha avanzado en el área de salud telemental infantil, se ha demostrado la confiabilidad de los diagnósticos y reducción de síntomas de ansiedad y depresión (Palmer et al., 2010).

Por otro lado, Rabinowitz et al. (2010), hablan de los beneficios de proveer los servicios de salud mental en poblaciones geriátricas han sido demostrados por diferentes estudios neuropsiquiátricos y clínicos en residencias institucionales de adultos mayores. Los hallazgos sugieren que la evaluación de la salud mental por medio de la telemedicina se considera más sencilla y eficaz en términos del uso del tiempo del terapeuta. Adicionalmente, los resultados de las intervenciones parecen ser similares a los que se obtienen de los estudios en tratamientos presenciales (Rabinowitz et al., 2010).

Finalmente, debido a que la diversidad étnica, cultural y lingüística presentan sus propios retos éticos y de competencia, se continúa explorando las necesidades y preferencias de la comunidad latina, asiática, y de Europa del Este que pueden y deben ser satisfechas por los servicios de telesalud mental (Moreno et al., 2012). No obstante, se reconoce que, con pacientes de diferentes orígenes culturales, el uso del idioma

nativo de los pacientes promueve una atmósfera emocional más cómoda y, por ende, genuina (Koocher y Keith-Spiegel, 2016).

Otro factor relevante es el estado general de salud del paciente, tanto físico como mental y emocional. En términos generales, un paciente con alta labilidad emocional y rasgos de impulsividad no va a ser un candidato ideal para trabajar con teleterapia.

Adicionalmente, Hilty et al. (2013), refieren que, según la investigación sobre la percepción de los clínicos sobre teleterapia, esta no debe ser aplicada para pacientes con crisis psicóticas, estados de paranoia y trastornos cognitivos, como demencia. Además, recalcaron que ciertos estados, como la depresión, podrían dificultar aún más el proceso terapéutico, ya que la capacidad de concentración por largos periodos de tiempo está afectada y el nivel de motivación es significativamente menor (Hilty et al., 2013). Cabe recalcar que la percepción de estos rasgos como impedimentos para la efectividad de la terapia son aprehensiones de los terapeutas, sin embargo, no existe suficiente evidencia que las sustenten.

Adicionalmente a los factores etarios y de salud del paciente, se recomienda considerar su experiencia con la tecnología, puesto a que determinará si la modalidad de teleterapia es indicada para él o no. Evidentemente, los pacientes que se sienten más cómodos con el manejo de la tecnología podrán adaptarse más fácilmente a esta modalidad, mientras que aquellos con menos experiencia se pueden frustrar y desertar el tratamiento. Por ende, es importante capacitar y psicoeducar a los pacientes con respecto a los medios y programas que se van a usar, de manera que se familiaricen y sientan más cómodos en el proceso terapéutico (Hilty et al., 2013).

Características del Terapeuta

En la modalidad de teleterapia, el psicólogo se ve obligado a adoptar un importante rol administrativo para garantizar la efectividad y calidad de la terapia. Según McCord et al. (2020) este incluye las habilidades para crear y examinar políticas y procedimientos adecuados para la práctica y el paciente en cuestión. Este desglose de obligaciones coincide con lo señalado por los códigos de ética del *American Counseling Association* (ACA), como también por la guía práctica para teleterapia de la APA (2013).

El terapeuta debe ser capaz de validar la identidad del cliente y facilitarle a su vez la oportunidad de verificar sus propias credenciales de práctica profesional (ACA, 2014). Adicionalmente, tiene la obligación de proveerle acceso a su presencia en Internet, es decir, sus asociaciones a instituciones, sitio web, entidades reguladoras, etc. (McCord et al., 2020). El mantenimiento de registros debe ahora incluir no solo notas sobre todos los contactos que ha tenido con el cliente, pero también copias o recibos electrónicos de las comunicaciones virtuales. Estos por supuesto, deben estar a buen recaudo, cumpliendo con el deber profesional de proteger la confidencialidad del paciente (APA, 2013). El psicólogo tiene que establecer una política clara de pago y comunicarla al paciente incluso antes del comienzo de la terapia, considerando que las transacciones en efectivo de manera personal ya no son una opción. Este plan detallado debe incluir arreglos financieros, costos por cada tipo de servicio y circunstancias que podrían considerarse para una reducción del precio. Por último, se recomienda que el terapeuta corrobore que su seguro de responsabilidad penal y civil profesional y de protección jurídica, conocido simplemente como seguro de responsabilidad y necesaria para todos los profesionales de salud, tenga cobertura para servicios de telesalud (McCord et al., 2020).

Por otro lado, es importante que el psicólogo considere el entorno remoto en el que ahora se encuentra tomando lugar la terapia, sobre todo tomando en cuenta que las condiciones de la ubicación desde la que se inicia sesión desde la perspectiva del paciente serán propias a cada individuo (McCord et al., 2020). Independiente del caso específico, deben considerarse los temas de seguridad, distracción y nivel de confidencialidad posible (Turvey et al., 2013). El terapeuta debe enfocar sus esfuerzos en asegurar que el entorno del cliente sea propicio para la terapia, recomendando un lugar silencioso, libre de distracciones que le provea de privacidad y esté en una ubicación identificable (e.j. dirección) en caso de emergencia o crisis (McCord et al., 2020). Luxton et al. (2014) señalan que el entorno remoto también influye en la administración apropiada de pruebas psicométricas por lo que el terapeuta tiene la responsabilidad de estar al día con los protocolos establecidos por la APA que cubren las diferentes implicaciones de esta fusión tecnológica, incluyendo las evaluaciones disponibles en línea, las limitaciones y procesos de estandarización, además del manejo de calidad y seguridad.

La literatura identifica algunas características relevantes para la actitud y competencia del profesional de la salud mental al momento de incursionar en el ámbito de la teleterapia. Shattell et al. (2007) notan que las aptitudes actitudinales no difieren mucho de aquellas esperadas en una sesión presencial, los clientes acuerdan que el sentirse conectado al terapeuta y conocido como persona -más allá de su diagnóstico-, y reconocer que los temas que le han traído específicamente a terapia están siendo tratados, son elementos base para una relación terapéutica positiva. Los pacientes de igual manera señalan que la efectividad de una sesión de terapia está en función de la experiencia y habilidad del profesional de la salud mental para hacer recomendaciones concretas para lidiar con los problemas y/o síntomas presentes, proveer un ambiente

cómodo para expresarse, y brindar una sensación de entendimiento y respeto (Boydell et al., 2010).

Finalmente, es necesario resaltar que más allá de aquellas características propias de una competencia profesional adecuada, es de suma relevancia que el psicólogo desarrolle un apropiado sentido de competencia multicultural (McCord et al., 2020). Esto se refiere a la habilidad del terapeuta tanto para reconocer y tratar factores de carácter multicultural del cliente y su impacto en la alianza terapéutica, como para integrarlos en sus intervenciones. Dichas dimensiones psicosocioculturales son referentes a la diversidad humana e intervienen en el desarrollo de la identidad individual y grupal de las personas, entre ellas se encuentran: etnicidad, género, religión estatus socioeconómico y capacidades funcionales diversas (Fuertes, 2012). Si bien la competencia multicultural es siempre una cualidad importante en un profesional de la salud mental, esta cobra más protagonismo en esta modalidad de telesalud. La información no verbal disponible a través de la tecnología es limitada y el psicólogo podría verse en la necesidad de adoptar una actitud tanto curiosa como precavida para indagar y comprender el trasfondo sociocultural del paciente (McCord et al., 2020).

Puntualmente, las guías de práctica multicultural hacen énfasis en la exploración de la identidad y la autodefinición, tomando en cuenta que estos son conceptos fluidos y complejos. Además, se destaca la relevancia de tener disponibles las opciones de acercamientos basados en las fortalezas individuales del paciente, intervenciones adaptadas a la cultura, uso de lenguaje apropiado, y terapeutas culturalmente emparejados al cliente (Hilty et al., 2020). Adicionalmente, hay que considerar que esta modalidad se desentiende de límites geográficos por lo que inherentemente puede aumentar la diversidad de población y el contraste de realidades de aquellas familiares

para el terapeuta, diversidades y contrastes que este necesitará conocer para identificar su intersección con la identidad del cliente (McCord et al., 2020).

Tipos de Terapia

Existe extensa investigación que sustenta que ciertos tipos de terapia son igual de efectivos presencialmente y de manera virtual. Con respecto a la terapia cognitivo conductual, en el año 2013, Stubbings et al. llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado para comparar la efectividad del tratamiento con terapia cognitivo conductual en persona versus por vía virtual, para pacientes con diagnóstico de trastorno de estado de ánimo o trastorno de ansiedad. De acuerdo a los resultados, no hubo diferencias significativas en la eficacia del tratamiento, en cuanto a la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, ni en cuanto a la mejoría en la calidad de vida de los pacientes (Stubbings et al., 2013).

Adicionalmente, en el año 2020, Burgoyne y Cohn realizaron un estudio en donde encontraron que la terapia cognitivo conductual tiene un beneficio principal durante la teleterapia. Los terapeutas tienen acceso a varios recursos tecnológicos y dentro de las mismas existen herramientas que pueden aportar de manera positiva a sus teleconsultas como por ejemplo crear un diario de pensamientos. También se ha encontrado en estudios recientes que la terapia cognitivo conductual en teleterapia es efectiva para tratar niños que depresión, ansiedad, o trastornos obsesivos compulsivos (MacEvelly y Brosnan, 2020). En cuanto a los trastornos alimenticios, este tipo de terapia se ha enfrentado a ciertos retos al adaptarse a la teleterapia ya que pueden surgir ciertas incongruencias. Según Waller et al. (2020), esto puede suceder cuando los terapeutas piden a sus pacientes que retomen el proceso de pesarse a sí mismos, mientras que usualmente se recomienda a los pacientes ocultar o evitar chequear su peso constantemente ya que puede generar ansiedad o alimentar al trastorno alimenticio.

Otro tipo de terapia que ha tenido resultados efectivos en cuanto a la adaptación a la consulta en línea es la terapia de juego. Burgoyne y Cohn (2020) han realizado estudios sobre la efectividad que tiene este tipo de terapia en niños de edad preescolar. Los resultados demostraron que, a pesar de que la teleterapia con niños de ese rango de edad suele ser complicada, la relación terapeuta – paciente podía llegar a ser igual de íntima y efectiva que en una consulta presencial. El terapeuta se encarga de acompañar el juego del paciente, para que de esta manera se pueda seguir con el plan de terapia o inclusive profundizar en diferentes temas a tratar (Burgoyne y Cohn, 2020).

Investigaciones realizadas en el año 2020 por Pezzutto y Minetto, han demostrado que la terapia de juego en línea brinda resultados positivos en niños enfermos de cáncer y/o que padecen de algún trastorno psicológico. El uso de materiales lúdicos (plastilina, libros, muñecos, peluches, etc.) por parte del paciente y del terapeuta ha sido un determinante en su efectividad (Pezzutto y Minetto, 2020). De igual manera, los recursos tecnológicos a disposición de los terapeutas también son beneficiosos en este tipo de terapia, ya que pueden realizar distintos juegos con los mismos.

Por otro lado, la terapia familiar en el contexto de la teleterapia no ha brindado resultados significativos en cuanto a su efectividad. Burgoyne y Cohn en un estudio que fue llevado a cabo en el 2020, encontraron que cuando se realiza terapia familiar de manera virtual se obtienen dos beneficios principales. Uno de ellos es que una mayor cantidad de miembros de la familia pueden unirse a la sesión debido a que la teleterapia puede realizarse desde diferentes ubicaciones. Esto puede beneficiar especialmente a las familias quienes miembros se encuentran en diferentes hogares, ciudades, países, etc. Adicionalmente, los resultados demuestran que en teleterapia familiar el terapeuta logra tomar un rol menos central dentro de la sesión y esto contribuye al desenvolvimiento de los pacientes. De esta manera el profesional de la salud mental es capaz de observar

señas no verbales de los clientes, redireccionar su atención a distintos puntos, y adicionalmente guiar la terapia cuando sea necesario (Burgoyne y Cohn, 2020). Sin embargo, los resultados de este tipo de terapia de manera virtual no se han visto igual de efectivos que de manera presencial.

Entorno Legal y Ético de la Práctica Clínica

Legislación de la Salud Mental en Ecuador

En la actualidad no existe una ley de salud mental en el Ecuador, sin embargo, existen distintos cuerpos legales relacionados con la práctica y regulación de la psicología clínica en el país.

En la Ley Orgánica de Salud 2006, se contemplan artículos con respecto a la salud mental en los casos de violencia y el consumo de sustancias como problemas de interés para la salud pública (Congreso Nacional del Ecuador, 2006).

En el nuevo Código Orgánico de Salud aprobado el 25 de agosto del 2020 y vetado el 25 de septiembre del mismo año, se establecieron artículos que garantizaban una atención integral en salud mental. Dentro de los artículos se contemplaba la prohibición del internamiento involuntario -excepto en casos de incapacidad legal- de igual manera se buscaba establecer políticas encaminadas a la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales y se proponía el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2025 (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2020), sin embargo, con el veto de este código orgánico dichos artículos no podrán ser tratados hasta septiembre del 2021.

La Ley de Discapacidades del 2012, promueve la reinserción familiar de personas abandonadas en centros de acogida inclusivos con discapacidades físicas y

mentales, esto se relaciona con la propuesta de desinstitucionalización del Código Orgánico de Salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al., 2015)

En el Código Orgánico Integral Penal (COIP) se establece la institucionalización en un hospital psiquiátrico a las personas que son consideradas como inimputables debido a un trastorno mental grave. Esto se evalúa con la ayuda de un perito mediante un informe psiquiátrico, psicológico y social, sin embargo, al no tener suficientes peritos los informes son realizados por personas sin competencias, los servicios de admisión psiquiátricos se encuentran copados debido a personas que han sido internadas sin tener una evaluación que determine si son imputables o no, lo que genera contradicciones en el protocolo real y lo establecido dentro del COIP. Dentro de este cuerpo legal también se contempla la sanción a los profesionales de la salud que atiendan a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones contra los derechos humanos y se omita la denuncia.

Credenciales Profesionales

En Ecuador no existen credenciales, ni licencias que un psicólogo clínico deba portar para ejercer la profesión, sin embargo, los profesionales que deseen ejercer como psicólogos clínicos en Ecuador, están obligados a cumplir con tres requisitos. El primer requisito es el poseer un título en psicología clínica ya sea de alguna universidad nacional, así como un título equivalente en el caso de haberse formado en el extranjero. En el último caso la persona deberá revalidar su título exterior legalmente en el país para poder ejercer su profesión (Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha

[COLEPSCLI-P], 1997). Segundo, se debe registrar el título en la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), registro de título en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de

Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) y finalmente registro en el Portal del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Cómo se mencionó con anterioridad, debido a la falta de una entidad reguladora de la profesión, los psicólogos clínicos, considerados parte de los profesionales de la salud, deberán regirse a las regulaciones del MSP. La ley de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos para el ejercicio, perfeccionamiento y defensa profesional dice que, de cualquier modo, el psicólogo clínico únicamente podrá ejercer si su registro de título está en el MSP y además su inscripción está hecha en el Colegio Provincial que le corresponda (Consejo Supremo de Gobierno, 1986).

Elementos Indispensables del Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un documento necesario e indispensable, tanto al momento de solicitar algún servicio de salud como al participar en una investigación; constituye una obligación ética y legal por parte del terapeuta y un derecho del cliente/paciente (Ramos, 2015; Gonzáles y Salomone, 2016). El consentimiento informado va más allá de un simple documento firmado, implica un proceso de comunicación en el que se informa al cliente/paciente lo que se va hacer, las limitaciones y los beneficios que se obtendrá al iniciar un proceso terapéutico, las condiciones bajo las cuales se va a llevar a cabo las sesiones, contemplando las obligaciones y responsabilidades tanto del paciente/cliente como del terapeuta, entre otras (Ramos, 2015).

De esta manera, la APA (2017) establece dentro de su código de ética que los psicólogos deben informar al paciente/cliente, lo más pronto posible, acerca del tipo de terapia y el desarrollo de la misma, los honorarios y la forma de pago de los mismos, cuándo se rompe la confidencialidad, la participación de terceros y en qué grado. Como se mencionó anteriormente, el consentimiento informado es un documento

indispensable que contempla el aspecto legal y ético, dentro de los principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la APA realizado en 2017 encontramos cuatro normas éticas en las que se menciona el consentimiento informado: 3. Relaciones humanas, 8. Investigación y publicación, 9. Evaluación y 10. Terapia. Siguiendo el propósito del presente trabajo nos enfocaremos en las normas 3, 9 y 10.

3.10 Consentimiento Informado: Cuando los psicólogos conducen investigaciones o proveen evaluación, terapia, consejería, o servicios de consulta en persona o por vía electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del individuo o los individuos usando lenguaje que es razonablemente comprensible para la persona o las personas, excepto cuando conducir dichas actividades sin consentimiento esté autorizado por ley o regulaciones gubernamentales o como establecido de otra manera en este Código de Ética (APA, 2017, p. 7).

9.03 Consentimiento Informado en Evaluaciones: (a) Los psicólogos obtienen el consentimiento informado para servicios de valoración, evaluación o diagnóstico, como se describe en la Norma 3.10, Consentimiento Informado, excepto cuando (1) las pruebas son ordenadas por ley o regulaciones gubernamentales; (2) el consentimiento informado es implícito ya que la evaluación es conducida como parte de una rutina educativa, institucional, o actividad organizacional (e.g., cuando los participantes voluntariamente aceptan someterse a evaluación al aplicar a un trabajo); o (3) uno de los propósitos de la evaluación es valorar la capacidad de decisión. El consentimiento informado incluye una explicación de la naturaleza y propósito de la evaluación, tarifas, implicación de terceros, y límites de confidencialidad, además de oportunidad suficiente para que el cliente/paciente haga preguntas y reciba respuestas (APA, 2017, p. 13).

(b) Los psicólogos informan a las personas con capacidad cuestionable para consentir o a quien la evaluación haya sido mandada por ley o regulaciones gubernamentales sobre la naturaleza y propósito de los servicios de evaluación propuestos, usando un lenguaje que es razonablemente comprensible para la persona que está siendo evaluada (APA, 2017, p. 13).

(c) Los psicólogos que estén utilizando los servicios de un intérprete obtienen consentimiento informado del cliente/paciente para usar dicho intérprete, aseguran que se mantendrá la confidencialidad de los resultados y seguridad de la evaluación, e incluyen en sus recomendaciones, reportes, e informes de diagnóstico o evaluación, incluso testimonios forenses, la discusión de cualquier limitación sobre los datos obtenidos (APA, 2017, p. 13).

10.01 Consentimiento Informado para Terapia: (a) Al obtener consentimiento informado para terapia como requerido por la Norma 3.10, Consentimiento Informado, los psicólogos informan a los clientes/pacientes tan pronto como sea posible en la relación terapéutica sobre la naturaleza y curso anticipado de la terapia, tarifas, implicación de terceros, y límites de confidencialidad y proveen oportunidad suficiente para que el cliente/paciente haga preguntas y reciba respuestas (APA, 2017, p. 14).

(b) Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento para el cual no se han establecido de manera general procedimientos y técnicas reconocidas, los psicólogos informan a sus clientes/pacientes de la naturaleza en desarrollo del tratamiento, posibles riesgos asociados, tratamientos alternos que podrían estar disponibles, y la naturaleza voluntaria de su participación (APA, 2017, p. 14).

(c) Cuando el terapeuta está en entrenamiento y la responsabilidad legal por el tratamiento proporcionado reside en el supervisor, se le informa al cliente/paciente,

como parte del procedimiento de consentimiento informado, que el terapeuta está en capacitación y siendo supervisado, y se le provee el nombre del supervisor (APA, 2017, p. 14).

En el contexto de la teleterapia esto no cambia, no obstante, surgen ciertos aspectos que se deben tener muy en cuenta y giran alrededor de las herramientas tecnológicas que se van a usar; es decir, a través de qué plataforma se realizarán las sesiones, cómo puede contactar el paciente a su terapeuta, etc. (de la Torre Martí y Pardo Cebrián, 2018). Ahora bien, el terapeuta está en la obligación de solventar cualquier duda que tenga el paciente/cliente sobre cualquier aspecto mencionado en el consentimiento informado, resaltando el carácter autónomo y libre de aceptar o no el iniciar el proceso terapéutico (González y Salomone, 2016). Muchas veces las personas no son conscientes de los riesgos que implica usar internet, especialmente cuando se usa una plataforma gratuita; es por esto que, el psicólogo debe ser sensible frente a este desconocimiento y mencionar la posibilidad del robo de datos, de la intrusión de un tercero en una sesión y de los métodos de seguridad que se van a utilizar para minimizar estos riesgos.

Almacenamiento y Protección de Datos

Cómo se mencionó con anterioridad, los profesionales de la psicología contarán con un consentimiento informado que dirija los temas relacionados a los servicios ofrecidos. Los servicios de teleterapia pueden requerir una serie de salvaguardas para los potenciales riesgos de confidencialidad y protección de datos. Los profesionales de la psicología, están obligados a proteger la seguridad de la información digital sobre la salud en todos los formatos (papel y electrónico) en tres aspectos: seguridad administrativa, seguridad física -proteger sistemas electrónicos, equipos y datos- y

seguridad técnica -autenticación y encriptación usada para controlar el acceso a datos- (de la Torre y Pardo, 2018).

Será necesario que el documento proporcione información sobre cómo se va a almacenar la información y si la información intercambiada telemáticamente es segura, además del resto de información a la que obliga la normativa de protección de datos. Esta información tendrá que estar redactada con un lenguaje inteligible y el profesional aclarará al cliente estos temas relacionados con la seguridad de los datos y la confidencialidad de una manera clara. (de la Torre y Pardo, 2018).

La protección de la información es indispensable en la terapia presencial como en la virtual, algunas formas de mantener la información protegida son las siguientes: encriptar o guardar bajo una contraseña segura los documentos que impliquen información clínica y personal del paciente, prevenir el acceso de cualquier otra persona a la información clínica que se tenga almacenada en el dispositivo, usar siempre una red de internet privada y segura para conectarse a la terapia, es recomendable no usar redes públicas. Adicionalmente es recomendable, el uso de plataformas seguras para el intercambio de información tanto clínica como personal (APA, 2013).

Límites de Relacionamento y Competencia

De acuerdo con la APA (2017) los psicólogos están capacitados para aportar con su conocimiento, capacitación, experiencia o educación a los pacientes que requieran de su servicio, tomando en cuenta los factores biopsicosociales a los que estos se encuentran expuestos. Es importante tomar en consideración que es obligación de los psicólogos mantenerse actualizados permanentemente con el fin de desarrollar y mantener su competencia acorde con el principio de no maleficencia (APA. 2017), esto quiere decir que el psicólogo se compromete a mantenerse actualizado en su profesión para poder tratar a sus pacientes de la mejor manera posible. Dentro de la competencia

de un psicólogo se encuentran los reglamentos internos del centro de salud, clínica u hospital en el que el profesional se encuentre trabajando.

Los límites de relacionamiento entre paciente y terapeuta buscan mantener la objetividad de la terapia, la competencia, la eficacia y desempeño de las funciones del psicólogo por otro lado también se protege al paciente de un posible daño a su persona por parte del profesional (APA, 2017). Es por esto que los profesionales de la salud mental deberían abstenerse de desarrollar una relación múltiple con sus pacientes, de esta manera se asegura la objetividad en el desempeño de las funciones del psicólogo y se resguarda al paciente.

Leyes y Obligaciones Legales

En la actualidad no existe un seguimiento activo ni en la Federación de Psicólogos Clínicos ni en el Colegio de Psicólogos de Ecuador. Se debe tomar en cuenta que el MSP es la única entidad que de cierta manera regula la profesión, las leyes para los profesionales de la salud, igual aplican para la psicología clínica.

Existen varios artículos en el ordenamiento jurídico ecuatoriano tales como el Código Orgánico Integral Penal y el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, los mismos que serían las leyes que pueden regir a varios casos en cuanto a la práctica y defensa profesional del psicólogo. A continuación, se analiza y muestra cada código y su importancia en la práctica clínica.

Código Orgánico Integral Penal.

Artículo 276.- Omisión de denuncia por parte de un profesional de la salud.

La o el profesional o la o el auxiliar en medicina u otras ramas relacionadas con la salud que reciba a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones a los derechos humanos, a la integridad sexual

y reproductiva o muerte violenta y no denuncie el hecho, será sancionado con pena privativa de libertad de dos a seis meses (Ministerio de Justicia, 2014, p. 42)

En el artículo anterior se verifica como la integridad de los derechos humanos se puede ver vulnerada al no denunciar cualquier tipo de violencia sea física, psicológica o sexual del trabajador de la salud que en este caso puede ser el psicólogo clínico (Ministerio de Justicia, 2014).

Artículo 155.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.

Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación (Ministerio de Justicia, 2014, p. 27)

Se puede dar también violaciones de ley más específicas hacia la mujer o el núcleo familiar como podemos ver anteriormente en el artículo 155. Se debe tener en cuenta que si se sabe de esta violencia ya sea física, psicológica o sexual, esta será penalizada por el Ministerio de Justicia. A continuación se revisará el artículo 157 que explica más específicamente la parte de salud mental que se puede dar por violencia psicológica. El punto uno del artículo explica el daño en la funcionalidad de la persona.

El punto dos el requerimiento de tratamiento psicológico y el tres que explica que pasa si aun con el tratamiento en salud mental especializado no da buenos resultados, cuál sería la pena privativa (Ministerio de Justicia, 2014).

Artículo 157.- Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.

La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de las siguientes maneras (Ministerio de Justicia, 2014, p. 27)

1. Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos, somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días (Ministerio de Justicia, 2014, p. 27)
2. Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a un año (Ministerio de Justicia, 2014, p. 27)

3. Según Ministerio de justicia: “Si causa un daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años” (Ministerio de Justicia, 2014, p. 27).

Los artículos explicados anteriormente son los más importantes a revisar ya que están dirigidos por parte del Ministerio de Justicia que nos brinda estos casos específicos que se pueden encontrar escasamente en el Código Integral Penal del Ecuador.

Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia (CONA). Con respecto a otro código importante que se debe tomar en cuenta es el Código de la niñez y adolescencia por el Congreso Nacional del Ecuador se toman los siguientes artículos para analizar su relación en la práctica de la rama clínica de la psicología en Ecuador (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Al igual que en el Código Integral Penal, el CONA tiene artículos específicos que nos brindan una noción de casos específicos de un trabajador de la salud mental. En el siguiente artículo 17, se explica el deber de denunciar a cualquier persona si se sabe de un posible caso de violación de derechos de un infante o adolescente (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Art. 17. Deber jurídico de denunciar.

Toda persona, incluidas las autoridades judiciales y administrativas, que por cualquier medio tenga conocimiento de la violación de un derecho del niño, niña o adolescente, está obligada a denunciarla ante la autoridad competente, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas (Congreso Nacional del Ecuador, 2003, p. 3)

En el artículo 72 explica el tiempo límite de denuncia de violación de derechos humanos si se tiene conocimiento previo (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Art.72.- Personas obligadas a denunciar.

Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales (Congreso Nacional del Ecuador, 2003, p. 14)

Intervención en Crisis

Según la OMS (2016), una crisis se puede definir como un evento que deja consecuencias físicas, sociales y emocionales para aquellos afectados. Estos eventos, a gran escala en la comunidad pueden incluir desastres naturales, ataques terroristas, guerras, desplazamientos de gente, y brotes de enfermedades. Los determinados “eventos individuales” afectan a una o pocas personas, como accidentes, asaltos y robos (OMS, 2016). No obstante, una crisis también puede ser un evento abrumador específico al individuo como una separación, muerte de un ser querido o episodios de violencia; o bien una situación en la que un estresor empeora el ya debilitado estado de salud mental de una persona, potencialmente detonando respuestas mal adaptativas (Gupta y Wang, 2020). Según la percepción de quien la experimenta, esta crisis individual es inmanejable ya que excede sus habilidades de afrontamiento y recursos personales. De no obtener contención apropiada y alivio de la situación, una crisis tiene el poder de impactar el adecuado funcionamiento afectivo, conductual y cognitivo, al punto de poner en peligro la vida de quien la ha sufrido e incluso de terceros (James y Gilliland, 2013).

La intervención de crisis se considera en algunos casos como una acción de emergencia, de primeros auxilios psicológicos, para la salud mental que se da inmediatamente después del evento crítico (OMS, 2016). Los primeros auxilios psicológicos (PAP, por sus siglas), es una respuesta de primera línea que debe ser humana, práctica y no intrusiva (OMS, 2016). Esta tiene el fin de contener la situación, confortar al afectado y conectarlo con información y recursos útiles. El servicio de PAP no es provisto necesariamente por un profesional de la salud mental, de hecho, por cercanía a la persona que protagoniza la situación de crisis quienes asisten en primera

instancia suelen por lo general ser desde familiares y vecinos, hasta equipos de primera respuesta como pueden ser paramédicos, bomberos, entre otros (OMS, 2016).

Plan de Crisis

La primera parte del manejo de crisis por parte de los profesionales de la salud mental apunta a crear un espacio de diálogo con el paciente para considerar algunos puntos que puedan ayudarle a identificar la inminencia de una crisis (Advocates for Human Potential Inc., 2018). Por ejemplo, se pueden enlistar algunos signos que indican que el paciente ya no está en un estado para realizar decisiones responsables. Se procede a detallar un plan de acción en caso de identificar los rasgos discutidos, cómo el tipo de tratamiento y medicación preferente, gente que se quiere involucrada en su cuidado y gente que no, y qué se esperaría de su círculo de soporte en esa situación. Finalmente se pueden incluir especificadores de mejora, es decir, cuáles serían los indicadores que señalan que el plan ya no es necesario (Copeland, 2010). Según la guía práctica aprobada como política de la APA por su Consejo de Representantes (2013), el psicólogo que provee servicios de teleterapia debe realizar un esfuerzo razonable por identificar recursos de emergencia disponibles en el área correspondiente a su paciente, definiendo desde números de teléfono relevantes hasta procesos de admisión para clínicas y hospitales. Además, se sugiere actualizar continuamente los contactos de emergencia personales de un paciente de riesgo ya que estos pueden ser útiles para que el terapeuta asista tanto en la evaluación de la seguridad del cliente, como en el paso a paso de los primeros auxilios psicológicos que este podría requerir (Zero Suicide Institute, 2020). El profesional debe ser cuidadoso al definir las instrucciones para seguir en caso de crisis, aclarándolas por escrito con el paciente y documentando detalladamente todos los esfuerzos de la planificación (APA, 2013).

En esta primera sección también se contempla buscar la mejora de la funcionalidad del paciente en un esfuerzo de prevenirla a través de la consolidación de nuevas y mejores habilidades de afrontamiento. Algunas técnicas de terapia cognitiva conductual como la reestructuración cognitiva pueden resultar útiles, dándole herramientas al cliente para identificar patrones de pensamiento negativos y reformular el discurso de manera que este tenga un impacto positivo (Dattilio y Freeman, 2010). La funcionalidad del cliente también puede mejorar por medio de la eliminación de formas ineficaces de afrontamiento como la abstinencia, aislamiento y abuso de sustancias (Encyclopedia.com., 2019)

Intervención y Seguimiento

La segunda parte del manejo de crisis se refiere a la intervención que provee el terapeuta. Esta se considera una técnica de manejo de corto plazo diseñado para reducir los potenciales daños significativos para el paciente afectado (Gupta y Wang, 2020). Su duración puede ser desde una sola sesión hasta varias semanas, con un promedio de 4 semanas. El contacto inicial de una intervención trata de seguir, en caso de estar disponible, el plan diseñado con el cliente, y generalmente empieza por la evaluación de lo que pasó durante la crisis y las respuestas del paciente que incluyen reacciones emocionales (miedo, culpa), mentales (confusión), físicas (fatiga, mareo) y conductuales (aislamiento, agotamiento) (Encyclopedia.com., 2019). A partir de ese primer contacto, el manejo puede variar según el criterio del profesional de la salud mental, aunque suelen seguir patrones relativamente parecidos. El modelo SAFER-R, llamado así por las iniciales de sus pasos en inglés, ayuda al cliente a recuperar cierto equilibrio mental post-crisis e incluye la estabilización del paciente, reconocimiento, facilitación de comprensión, ánimo, recuperación y referencia a otros servicios o recursos (Everly Jr. y Mitchell, 2001). El *Assessment Crisis Intervention Trauma*

Treatment (ACT), un modelo de intervención que puede ser utilizado de manera independiente o en conjunto con un modelo como SAFER-R, consta de siete etapas: evaluación del afectado, establecimiento de relación terapéutica, confrontación de emociones, exploración de estrategias de afrontamiento, desarrollo e implementación de un plan de tratamiento, y finalmente seguimiento terapéutico (Roberts, 2002).

Violencia Autoinfligida y Suicidio

Según el MSP, la violencia autoinfligida se define como un comportamiento dirigido hacia uno mismo que tiene como fin generar autolesión; dentro de esta tenemos a la violencia de tipo suicida o no suicida (MSP, 2017). El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), define al suicidio como la muerte causada por un comportamiento dañino, llevado a cabo con la intención de morir (Bartholow et al., 2017). El suicidio es un problema de salud pública y uno de los mayores retos cuando se habla de intervención en crisis. En Estados Unidos, las tasas de suicidio entre el 2000 y el 2015 aumentaron en un 28%, ubicándose para el 2015 dentro de las primeras diez causas de muerte (CDC, 2017). Acercándonos más a nuestra realidad, en el Ecuador, para el 2019, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) publicó que las lesiones autoinfligidas intencionalmente fueron la principal causa de muerte en adolescentes de 12 a 17 años y la tercera causa de muerte en jóvenes de 18 a 29 años (INEC, 2019).

Lastimosamente, las intervenciones y la importancia dada a la salud mental en el ámbito clínico no son suficientes para prevenir el suicidio. Un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos, donde se buscaba evaluar el acceso a servicios de salud de pacientes un año previo a su suicidio, demostró que, a pesar de que el 84% de los individuos recibió atención médica, más del 50% no recibió una valoración de su estado mental (Ahmedani et al., 2014). Esto implica que, al acceder a servicios de salud, si

hubo oportunidad para trabajar en prevención de suicidio pero que, al obviar el componente de valoración de salud mental, se dejó pasar esta oportunidad. Sin duda, para que las estrategias de prevención de suicidio sean efectivas, primero es importante identificar a la población de riesgo; es por esto que existen diversos protocolos para la detección y el manejo de la ideación suicida (Houry et al., 2017).

El Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de Estados Unidos (NCIPC) plantea las siguientes estrategias para la prevención del suicidio: creación de ambientes protectores, programas de educación socioemocional, mayor cobertura en servicios de salud para afecciones mentales, capacitación para personal de primera línea para la identificación de personas en riesgo, intervención en crisis y tratamiento para pacientes en riesgo de suicidio (Houry et al., 2017). En cuanto a las capacitaciones para el personal de salud, se aplican las guías de primeros auxilios, *Applied Suicide Intervention Skills Training* (ASIST). A través de un ensayo aleatorizado controlado, Gould et al. (2013) encontraron que a través del programa ASIST, las personas contactadas se sintieron menos deprimidas y suicidas y más esperanzadas al finalizar las llamadas.

En cuanto a intervención en crisis, el objetivo es contactar a la persona en crisis, ya sea por teléfono o en persona, con una persona capacitada para brindar apoyo. El profesional se encarga de evaluar los factores de riesgo de suicidio (depresión, sentimiento de desesperanza, planes concretos para suicidarse) y en base a la situación, brindar psicoterapia o referir de urgencia a un servicio de salud. En Estados Unidos existe la Red Nacional de Prevención del Suicidio, que provee apoyo gratuito y confidencial a personas con crisis emocional e ideación suicida. Nuevamente, la evidencia indica que, a través de las llamadas, hay una disminución en los sentimientos de desesperanza e intención suicida (Gould et al., 2007).

Por otro lado, el Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida, publicado por la Universidad Autónoma de Madrid en el 2013, presenta pasos concretos a seguir en casos de autolesiones e ideación suicida. Para evaluar el riesgo de suicidio se siguen tres pasos: identificación de presencia de factores de riesgo y de protección, evaluación del riesgo actual y valoración del riesgo de suicidio. Para la evaluación del riesgo se realizan entrevistas y se aplican cuestionarios estandarizados como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) o la Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) entre otras. Para valorar el nivel de riesgo de suicidio se usa una tabla que considera los factores de riesgo, el grado de planificación del comportamiento y el estado de ánimo del paciente. Una vez determinado esto, se usa el árbol de decisiones con pautas para actuación según el nivel de riesgo; cuando el riesgo es alto, se establecen medidas de protección, se contacta a un familiar o persona cercana y se refiere al paciente al servicio de salud más cercano (de la Torre Martí, 2013).

En el 2017, el MSP de Ecuador desarrolló una Guía de Práctica Clínica con lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. De esta manera, se presentan pautas para la detección y clasificación de riesgo suicida que incluyen recomendaciones para la entrevista clínica y acciones específicas a seguir una vez clasificado el riesgo. Las guías para el manejo según el nivel de riesgo suicida se basan en las tipificaciones propuestas por el Ministerio de Salud de Chile (Minsal) y varían de acuerdo a si el riesgo es leve, moderado, grave o extremo. Por ejemplo, cuando el riesgo es leve, se refiere al paciente para consulta con psiquiatría y psicología y se contacta a la red de apoyo del paciente; en cambio, cuando el riesgo es extremo, se hospitaliza al paciente voluntaria o involuntariamente, se pone en marcha el tratamiento terapéutico y farmacológico y se hace seguimiento de por lo menos 18 meses para evitar reincidencia (Minsal, 2013).

Adicionalmente, se dan indicaciones para el manejo de conducta suicida en el servicio de emergencias, para atención especializada y para el seguimiento (MSP, 2017).

Sin duda, para que las estrategias de prevención de suicidio sean efectivas, primero es importante identificar a la población de riesgo; esto se puede lograr a través de psicoterapia, incluyendo la modalidad de teleterapia. Ahora bien, con respecto a la teleterapia, existen ciertas limitaciones y adaptaciones a realizar para garantizar su efectividad. Los principales riesgos percibidos por los profesionales de la salud acerca del uso de teleterapia para pacientes con alto riesgo suicida son: evaluación y diagnóstico, falta de control sobre el paciente y triaje en caso de ser necesario (Gilmore y Ward-Ciesielski, 2019). Sin embargo, se ha demostrado que la evaluación de riesgo suicida llevada a cabo vía teleterapia es igual de efectiva que en persona (Godleski et al., 2008) y, justamente por esto, las guías para la práctica de telepsicología de la APA no excluyen a casos de ideación suicida activa (APA, 2013). No obstante, se deben aplicar protocolos específicos para la intervención vía teleterapia que se ajusten a la distinta realidad.

Yellowlees y et al. publicaron en el 2010 una guía para la práctica de teleterapia vía videoconferencia; dentro de las aplicaciones clínicas están las entrevistas clínicas, supervisiones clínicas, manejo de casos y evaluación de situaciones de emergencia. Con respecto a la última, que incluye ideación suicida, homicida, psicosis o demencia, se recomienda que el paciente esté acompañado de un familiar y, si esto no es posible, el terapeuta deberá determinar la necesidad o no de intervención inmediata. Las especificaciones de la guía detallan la importancia de describir los roles en terapia, las responsabilidades y los procedimientos a llevar a cabo en caso de emergencias psiquiátricas. En cuanto a emergencias, se establecen recomendaciones de carácter

administrativo, legal y clínico. Adicionalmente, se plantean consideraciones especiales para el trabajo con niños, adultos mayores y población rural (Yellowlees et al., 2010).

Ataques de Pánico y Crisis Emocional

De acuerdo a la Universidad Industrial de Santander (UIS), una crisis emocional se refiere al conjunto de reacciones físicas, emocionales y cognitivas que surgen ante una situación de amenaza o peligro (Universidad Industrial de Santander [UIS], 2014). Dentro de las reacciones biológicas que más se observan está el aceleramiento cardiaco, la falta de aire, angina de pecho, sudoración excesiva y alteración del sueño entre otras. Por otro lado, algunas de las reacciones cognitivas más reportadas son los pensamientos negativos, catastróficos, de inseguridad y de confusión y temor (de Jonge, 2016). Adicionalmente, la persona puede presentar cambios en temperamento y mostrarse agresivos, impulsivos o angustiados y vulnerables al llanto (UIS, 2014).

Según Slaikou (1984), las crisis se pueden clasificar como crisis de desarrollo o crisis circunstanciales. Las primeras se refieren a crisis predecibles que se presentan conforme una persona va cumpliendo las distintas etapas de desarrollo; por ejemplo, crisis de la adolescencia, de la edad media y de la tercera edad. A diferencia de estas, las crisis circunstanciales son aquellas imprevisibles, repentinas y usualmente urgentes ya que amenazan con el bienestar físico o psicológico de la persona. Ante dicha situación precipitante, una persona entra en un estado temporal de desequilibrio interno e incluso puede perder la capacidad de responder efectiva y adecuadamente ya que sus habilidades de afrontamiento a problemas se ven afectadas (UIS, 2014). Por esto, es importante reconocer la necesidad de ayuda y de recibir primeros auxilios psicológicos.

Adicionalmente, los ataques de pánico pueden ser considerados crisis emocionales ya que se definen como un episodio repentino en donde existe un miedo intenso aun cuando no existe causa alguna y el cuál viene acompañado de reacciones

físicas, emocionales y cognitivas (Mayo Clinic, 2018). En estudios realizados recientemente se ha encontrado que la prevalencia de ataques de pánico es de 13.2% (de Jonge, 2016). Esta estadística hace referencia a los ataques de pánico que ocurren independientemente de si existe un trastorno de pánico, agorafobia, o cualquier otro tipo de trastorno. Dentro de este porcentaje, la mayoría de personas (66.5%) sufren de ataques de pánico recurrentes. Los resultados del estudio realizado por Kessler et al. (2006) muestran que los ataques de pánico recurrentes tienen una relación con la aparición posterior de una variedad de trastornos mentales. Es decir, se encontró que existe una comorbilidad entre los ataques de pánico recurrentes y otros trastornos psicológicos.

La prevalencia de ataques de pánico varía de acuerdo a las características sociodemográficas de la población. En cuanto al género, varios estudios han demostrado que hay una incidencia dos veces mayor en mujeres que en hombres (Bonevski, 2020). Otra característica sociodemográfica importante es el grupo etario de la población. Se ha encontrado que hay un mayor porcentaje de incidencia de ataques de pánico en la población que se encuentra entre los 40 y 49 años, y posteriormente se encuentran las personas entre 18 y 29 años. Sin embargo, la prevalencia empieza a disminuir a partir de los 60 años de edad (Olaya et al., 2018).

La señal más importante que advierte de una crisis emocional es el cambio abrupto y claro de comportamiento. En ocasiones el detonante puede ser obvio, eventualidades como desastres naturales o pérdidas. No obstante, al existir desórdenes de salud mental prevalentes estos pueden empeorar paulatinamente, manifestándose el cambio de comportamiento de manera gradual. Algunas señales de malestar pueden incluir: negligencia de higiene personal, aislamiento, cambio dramático en hábitos alimenticios o de sueño, disminuido desempeño en el trabajo o escuela, cambios

pronunciados de ánimo que muestran irritabilidad, ansiedad, o tristeza (Bufka y Gray, 2013).

Según la organización *Crisis Services* (2019), sentimientos de culpa, desesperanza, ansiedad, y enojo; sentirse atrapado, involucrarse en actividades peligrosas, y un incrementado uso de sustancias, son todos factores de riesgo que bien pueden predisponer a o empeorar una crisis emocional. Además, se identifican episodios de llanto, fatiga, y la pérdida de interés en relaciones y actividades diarias. En el caso de menores de edad, los pacientes con mayor riesgo a desarrollar una crisis emocional son aquellos que han experimentado un desastre natural, cambios constantes de custodia, pérdida de un ser querido, o tuvieron padres adolescentes o desempleados (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Violencia Doméstica y Violencia en General

La violencia doméstica es uno de los problemas de salud pública más comunes a nivel mundial. Se define a la violencia doméstica como todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que ocurre dentro de la misma familia o unidad doméstica (Council of Europe, 2011). Este tipo de violencia tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales tanto para la víctima como para el agresor (Tsirigotis y Luczak, 2018). Algunos de los efectos psicológicos a causa de la violencia doméstica son la depresión, ansiedad, estrés post traumático, trastornos alimenticios y trastornos de sueño, entre otros. Adicionalmente, en estudios previamente realizados se ha encontrado que los pensamientos suicidas e intentos suicidas tiene una mayor incidencia dentro del grupo de personas que han sufrido maltrato doméstico (OMS y Pan American Health Organization, 2012). Estos casos pueden ocurrir dentro de cualquier nivel socioeconómico, religión o cultura, y puede afectar tanto a hombres como a mujeres.

Sin embargo, se ha encontrado que es más común la violencia por parte de los hombres hacia las mujeres o niños (Owusu y Agbemafle, 2016).

La OMS realizó un estudio multicultural sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica en contra de las mismas en donde se encontraron resultados reveladores. Los resultados demostraron que en todos los países que participaron en el estudio, existe un gran porcentaje de casos de violencia doméstica hacia mujeres, ya sea física, sexual, emocional o de cualquier otro tipo (OMS, 2005). De igual manera, investigaciones recientes han comprobado que debido al impacto que ha tenido el COVID-19 en la situación mundial actual, este porcentaje ha aumentado. El porcentaje de llamadas de emergencia por violencia doméstica ha incrementado en un 60% en toda Europa, y este porcentaje incluye agresión en contra de mujeres y niños (OMS, 2020). Se debe tomar en consideración que la ayuda psicológica, para víctimas o victimarios, es una herramienta esencial para poder frenar el incremento abrupto de casos de violencia doméstica a nivel global.

Dentro del contexto ecuatoriano, de acuerdo a los resultados de una encuesta realizada en el 2011 por el INEC, la Comisión de Transición y el Ministerio del Interior, seis de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia. La violencia psicológica es el tipo de violencia con mayor porcentaje de incidencia (53,9%) y la violencia física es la segunda (38%). Adicionalmente, un resultado alarmante que se encontró fue que únicamente el 20% de mujeres denuncian el hecho de violencia (Chávez y Juárez, 2016). Se consideran resultados alarmantes debido a que los diferentes tipos de violencia manifestados dentro del ámbito familiar pueden llegar a ser causa de asesinato (Acebo del Valle, 2018). Díaz-Michel y de la Garza Aguilar (2003), realizaron un estudio acerca de la violencia intrafamiliar donde concluyeron que es necesario

profundizar la investigación y generar programas de atención y prevención sobre este tema dentro del Ecuador.

En relación a los diferentes programas de prevención que existen para la violencia intrafamiliar, se debe considerar que estos deben estar desarrollados en base a la población en la cual se los va a aplicar y que sean culturalmente apropiados para la misma (Edwards et al, 2016). Algunas estrategias de prevención para el tema a tratar son la promoción de la salud como calidad de vida, el fortalecimiento de los lazos sociales y la creación de redes de apoyo, y fomentar la participación de los diferentes miembros que integran la familia. Es necesario educar y concientizar a la sociedad a través del uso de herramientas para poder solucionar conflictos de una forma pacífica donde se incluya la reflexión y el diálogo (Gutiérrez et al., 2018). La educación sobre la violencia intrafamiliar se debe aplicar desde la infancia ya que las experiencias en esta etapa del desarrollo son de gran importancia. Al crear campañas de educación y sensibilización social, de igual manera se debe establecer un seguimiento continuo, especialmente a poblaciones consideradas en mayor riesgo debido a características particulares (Secretaría de Salud de México, 2020).

La OMS recomienda utilizar el protocolo LIVES para proteger a personas víctimas de violencia doméstica. Este protocolo se basa en cinco tareas para proteger la vida de las víctimas: escuchar, preguntar, validar, mejorar la seguridad, y apoyar. Primero se debe escuchar a la paciente de manera empática y sin juzgar para que de esta manera esta se pueda sentir más cómoda. Al hacer preguntas sobre sus necesidades y/o preocupaciones, ya sean emocionales, físicas, sociales, se podrá obtener información para brindar una mejor ayuda. Se debe validar las emociones del paciente para demostrar entendimiento y comprensión de lo que está contando, al igual que puede ser útil para evitar que la víctima tenga sentimientos de culpa. Adicionalmente, es necesario

crear un plan de seguridad para que la víctima tenga los recursos y la información necesaria para saber cómo actuar si se encuentra en una situación violenta nuevamente. Por último, es importante proporcionar a la víctima con recursos (información, servicios, ayuda social) para cubrir sus necesidades, especialmente las prácticas y emocionales (WHO, 2014). Este protocolo incluye las estrategias previamente mencionadas para poder brindar ayuda psicológica a víctimas de violencia doméstica e intentar mantenerlas a salvo.

Por otro lado, existen diferentes protocolos para la intervención en crisis de violencia doméstica. En estos casos se debe considerar a primera estancia la seguridad de la víctima, y de ser el caso, el de los niños. Uno de los puntos más importantes es crear previamente un plan de seguridad con el paciente para que en caso de que la persona este en riesgo, esta pueda saber cómo actuar (Office for Victims of Crime, 2019). Este plan puede ser modificado de acuerdo al contexto y a la situación en la que se encuentre la víctima ya sea para escapar de una situación violenta, para alejarse permanentemente del agresor, entre otras. El plan de seguridad puede ser verbal o se lo puede hacer de manera escrita (Davis y Briggs, 2000). De igual manera es necesario que el paciente tenga una lista de números telefónicos a los cuales pueda llamar para pedir ayuda en caso de crisis. Estos números telefónicos pueden ser de personas de confianza, terapeutas o líneas de ayuda. Las líneas de ayuda brindan acompañamiento psicológico y proporcionan ayuda de parte de otros servicios, tanto sociales como legales (Ghoshal, 2020).

En cuanto a la intervención de crisis de violencia intrafamiliar durante teleterapia, se recomienda seguir los mismos protocolos de seguridad que en una consulta presencial. Siempre se debe tomar en consideración la situación y el contexto del paciente al momento de realizar la teleconsulta, es decir, asegurarse de que el

paciente se encuentra en un lugar seguro al momento de tener la sesión. Se debe priorizar la confidencialidad de la información del paciente al igual que en una consulta presencial, ya que en casos de violencia, el no realizar esto de una manera adecuada puede llegar a ser un riesgo para el paciente (National Health Resource Center on Domestic Violence, 2020). El protocolo LIVES de la OMS se puede adaptar a una consulta por videoconferencia o telefónica, ya que las estrategias psicológicas se basan en la escucha, validación, y seguridad del paciente (Ghoshal, 2020). En una situación de crisis, se debe seguir el plan de seguridad previamente establecido entre paciente - terapeuta, y de esta manera priorizar la salud física de la víctima.

Consumo de Sustancias

Durante los últimos años, el consumo y abuso de sustancias ha aumentado desproporcionalmente a nivel mundial. En este sentido, constituye una problemática que afecta a distintas poblaciones psiquiátricas (Fields, 2013). Por esta razón y debido al limitado acceso a servicios de salud mental causados por la presente crisis sanitaria, El Instituto de Economía de la Salud de Alberta propone fomentar la implementación de la teleterapia en el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (Chatterley et al., 2010). Según los investigadores de Alberta (2010), la telesalud tiene el potencial de ayudar a los pacientes con trastornos de uso de sustancias a conectarse con proveedores de atención médica, grupos de apoyo anónimos y, en general, acceder a información relacionada con la recuperación y sobriedad desde la comodidad de su hogar. Esta modalidad de terapia facilita el acceso a servicios de salud mental, pues se adapta a las distintas limitaciones geográficas y de tiempo, y disminuye la preocupación de lidiar con el estigma asociado con buscar servicios de recuperación presenciales. Además, si un paciente experimenta una crisis relacionada con el consumo de sustancias, la

atención online puede ayudar a reducir los tiempos de espera para este tipo de servicios (Chatterley et al., 2010).

De acuerdo con Molfenter y colegas (2020), si bien se conoce que las nuevas prácticas clínicas presentan distintos desafíos, actualmente existe una urgencia y una necesidad sin precedentes e inesperadas de implementarlas. A continuación, se describen tres recomendaciones diseñadas para facilitar la implementación rápida de telesalud para servicios TUS. Estas sugerencias también abarcan consideraciones para minimizar las interrupciones en la atención y mejorar el acceso al tratamiento de TUS más allá de COVID-19 (Molfenter et al., 2018). En primera instancia, se recomienda la identificación de los medios pertinentes para realizar exámenes de toxicología, particularmente en ausencia o disponibilidad limitada de atención en centros de salud (Lin et al, 2020). Este desafío se puede abordar utilizando tecnologías de salud móviles para monitorear el uso de sustancias a través de aplicaciones de monitoreo de autoinforme remoto, dispositivos transdérmicos y verificación fotográfica de pruebas biológicas enviadas por correo. De igual manera, se requiere de intervenciones psiquiátricas adicionales que faciliten la prescripción de fármacos, como la buprenorfina o metadona para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides (Lin et al, 2020). Finalmente, se sugiere proveer recursos y herramientas adicionales, como material psicoeducativo, para ayudar a los pacientes con trastornos por uso de sustancias a manejar factores psicosociales estresantes. Particularmente, a la terapia de grupo, pues es una intervención distintiva en la atención de TUS, que se puede brindar por medio de la telemedicina (Lin et al, 2020).

En términos de manejo de crisis de los pacientes diagnosticados con TUS, se recomienda promover el acceso y contacto de las clínicas de salud mental con recursos médicos o de emergencia, con el fin de abordar la intoxicación y abstinencia (Molfenter

et al., 2018). Para esto, resulta crucial determinar la intensidad de los síntomas y la sustancia de preferencia del paciente. De esta manera, el especialista de salud mental podrá determinar si la crisis se puede manejar mediante la prescripción de fármacos, pues se reconoce que los individuos que presentan síntomas de psicosis o agitación cuando están bajo la influencia o se abstienen de sustancias, comúnmente y con las debidas precauciones, responden positivamente a los mismos medicamentos que se usan para tratar estos síntomas en personas que no consumen sustancias psicotrópicas (Lin et al, 2020). Por ejemplo, la agitación causada por la abstinencia al alcohol puede ser tratada con benzodiazepinas. También se recomienda que los entornos de crisis dispongan y estén capacitados para suministrar naloxona, pues ha demostrado ser un fármaco efectivo en el tratamiento de sobredosis de opioides. En este sentido, la mayoría de las personas con abstinencia leve a moderada de cualquier sustancia pueden manejarse con éxito en un programa de crisis psiquiátrica que puede recetar medicamentos. No obstante, cabe recalcar que es sumamente relevante que el especialista de salud mental esté entrenado para identificar los tipos y casos más graves de abstinencia e intoxicación, con la finalidad de que contacte inmediatamente a un especialista en farmacología o a un entorno médico de emergencia (Fields, 2013).

Descripción del Diseño Multimedia para la Educación

En la actualidad, la tecnología y la educación se han vuelto aliados estratégicos en el campo académico. Ambas ramas se han adaptado a las necesidades del mundo y de las nuevas metodologías educativas, pues cada vez incorporan con más frecuencia recursos audiovisuales y multimedia para la enseñanza (Cetz, 2015). Hace algunas décadas el aprendizaje se limitaba al contenido plasmado en los libros físicos, sin embargo, con la llegada de la digitalización las nuevas metodologías se abrieron paso generando aprendizajes efectivos por medio de contenido digital (González, 2015). Dicho contenido, si es que es bien creado puede ser utilizado como una herramienta educativa de libre acceso, para la edad y el área de aprendizaje que se requiera. A continuación, se explicarán algunas estrategias que podrían servir al momento de la creación de un contenido multimedia con fines educativos.

Contenido sin Distracciones

Un contenido con distracciones visuales o auditivas, hace que se pierda la atención del individuo y no se enfoque en lo que es realmente importante dentro del contenido. Se debería eliminar la información, historias, imágenes, sonidos o contenidos de cualquier índole que no tenga que ver con lo que se pretende enseñar o que no tenga un fin educativo relacionado al tema (Cetz, 2015).

Atención Directa

Mediante el uso de una buena fuente, flechas, negrilla, efectos visuales o de sonido que no sean distractores se puede mantener un foco de atención hacia la información clave (Gattupalli y Trust, 2020). Los contenidos que estimulen los sentidos serán captados de mejor manera, más aún si es que son capaces de evocar emociones (Mayer, 2009).

Uso de Imágenes con Narración

La combinación de palabras con un fondo de narración de una voz no plana, puede ser más fuerte que simplemente la parte visual de una imagen. Así mismo los videos pueden ser bastante útiles al querer formar aprendizaje a otras personas ya que se pueden identificar diferentes acciones, comportamientos y movimientos que estructuran nuevas ideas en las personas (Mayer, 2009)

Agrupar la Información

Al momento de utilizar imágenes informativas se debe procurar mantener los gráficos y sus etiquetas relacionadas lo más cerca posible ya que así se interconecta la información desde diferentes estímulos (Cetz, 2015).

Simplificar la Información

Las investigaciones han revelado que mientras más corta sea la información y el contenido, mejor se va a desarrollar un proceso de aprendizaje del mismo. En lo minimalista existe el potencial de productividad, es por esto que se recomienda dividir o simplificar los archivos multimedia para así hacerlos más cortos y digeribles (Gattupalli y Trust, 2020).

Principios para el Diseño de Contenido Multimedia

Contenido Simple

Al momento de diseñar un contenido es importante mantenerlo lo más simple posible. Las fechas, los datos específicos y en general información no relevante pueden resultar abrumadores para la audiencia. El contenido se vuelve mucho más significativo cuando se utiliza la regla de tres -¿cuáles son las tres cosas más importantes que quiero que la audiencia recuerde sobre este contenido? (Gattupalli y Trust, 2020).

Contenido Concreto

Es importante que el contenido sea concreto. El uso de palabras técnicas, complejas o ajenas a la audiencia puede generar desinterés y el contenido puede ser percibido como complicado y no apropiado para los receptores. Presentar la

información de una manera que sea significativa para la audiencia es la mejor opción (Gattupalli y Trust, 2020).

Contenido Creíble

La credibilidad se puede demostrar de diversas maneras en el contenido multimedia. Las fuentes académicas que hacen referencia directa a estudios realizados en el área que se está enseñando suele ser la forma más común de demostrar credibilidad. El historial profesional y los títulos académicos del creador de contenido también son formas de demostrar credibilidad en el tema (Gattupalli y Trust, 2020).

Capítulo 2: Dinámica de la organización

Historia

La Clínica de Salud Mental (CSM) de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) se fundó en el año 2016, como un esfuerzo conjunto del Departamento de Psicología de la USFQ y la Clínica de Especialidades Médicas (SIME) (Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito [CSM-USFQ], 2020). Como clínica universitaria, esta se dedica a la supervisión y formación de futuros profesionales de la práctica clínica, dando una plataforma de capacitación de excelencia para los estudiantes de psicología clínica de la USFQ. Además, la CSM realiza proyectos de investigación, psicoeducación, y brinda tratamiento y evaluación a diferentes grupos de la comunidad (Universidad San Francisco de Quito, 2016). La institución tiene un fuerte sentido de compromiso social y dirige sus esfuerzos a aumentar la accesibilidad tanto de información como de tratamiento en salud mental, ajustando así sus propuestas y precios para poblaciones vulnerables y desatendidas (CSM-USFQ, 2020).

Actualmente, la CSM cuenta con importantes alianzas. La colaboración con el Hospital Psiquiátrico McLean, afiliado a la Universidad de Harvard, aporta a que la institución se mantenga actualizada en cuanto a tratamientos basados en evidencia, garantizando una capacitación de excelencia para sus profesionales (CSM-USFQ, 2020). De igual manera, se encuentra en pie un acuerdo de colaboración estratégica con la Fundación Internacional del Trastorno Obsesivo Compulsivo (IOCDF), una organización no gubernamental sin fines de lucro que busca apoyar a pacientes con el desorden con recursos, tratamiento apropiado y apoyo comunitario (CSM-USFQ, 2020).

El equipo de salud mental de la institución es multidisciplinario y cuenta con profesionales especializados a diferentes niveles en psicología clínica, como también neuropsicología, trabajo social y psicología de la salud. Asimismo, dentro de este

cuerpo profesional se cuenta con el apoyo y participación de alumnos de pregrado y maestría en Psicología Clínica de la USFQ (CSM-USFQ, 2019). La gama de servicios brindados por la CSM incluye psicoterapias para diferentes poblaciones (individual, familiar, pareja) desde distintas corrientes; evaluaciones neuropsicológicas, vocacionales, cognitivas, y psicopedagógica; y grupos de estimulación cognitiva para personas con Parkinson y Alzheimer (CSM-USFQ, 2020).

Misión, Visión, Valores de la CSM

Misión

La actividad laboral de la CSM se basa en el marco de la misión institucional de la USFQ y del SIME. Su misión se centra en brindar servicios de salud mental con el fin de incrementar la accesibilidad y el apoyo a la comunidad y de esta manera mejorar su bienestar (CSM-USFQ, 2019). De igual manera, buscan colaborar en la preparación y desarrollo de psicólogos clínicos con los más altos estándares de atención y formación (CSM-USFQ, 2019).

Visión

La CSM considera que la salud mental es un elemento esencial en el desarrollo de un individuo, ya sea en el ámbito personal, académico o profesional (CSM-USFQ, 2019). La visión de la CSM también se centra en fomentar el estar conscientes de la importancia del bienestar psicológico y de la des-estigmatización de las enfermedades mentales, con el objetivo de incrementar las posibilidades de acceso a servicios psicológicos para personas que padecen uno de estos e incluirlos socialmente (CSM-USFQ, 2019).

Valores

La evidencia científica, la innovación y novedad, la eficacia y efectividad, la inclusión social, la educación ética, la supervisión y seguridad, el trabajo en equipo y la accesibilidad, son los valores que orientan la actividad laboral de la CSM (CSM-USFQ, 2019). El labor de los profesionales y de los alumnos en proceso de entrenamiento

dentro de la CSM es guiado por prácticas con bases científicas, es por eso que la evidencia científica es considerado un valor dentro de la misma. De igual manera, la innovación y la novedad son relevantes ya que es necesario conocer la información más reciente para que de esta manera puedan brindar servicios con eficacia y efectividad.

Adicionalmente, el valor de la inclusión social busca integrar a la sociedad a las personas que han sido estigmatizadas por tener cualquier tipo de enfermedad psicológica a través de la atención del personal de la clínica (CSM-USFQ, 2019). La educación ética hace referencia a que el personal de la clínica está capacitado en base a un aprendizaje enfocado en la ética. En cuanto a los valores de supervisión, seguridad y trabajo en equipo, la CSM busca la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales dentro de la clínica y esto se logra a través de la supervisión y el trabajo en equipo. Para que el trabajo en equipo sea efectivo, todo el personal se compromete a brindar un servicio profesional y ético a los clientes (CSM-USFQ, 2019). Por último, el valor de la accesibilidad se refiere a mantener costos accesibles para permitir que, tanto minorías como mayorías, puedan beneficiarse del servicio que provee la CSM (CSM-USFQ, 2019).

Marco Legal

Actualmente, la CSM cuenta con protocolos diseñados para la protección del paciente y profesional ante casos de riesgo de suicidio, homicidio, y violencia intrafamiliar (CSM-USFQ, 2020). En el caso de riesgo suicida, resulta primordial evaluar los factores de riesgo del paciente, tal como historial familiar de suicidio o trastornos psiquiátricos. Posteriormente, se evalúan los pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intención. En este sentido, la intención se define como el grado en el que el paciente espera llevar a cabo el plan y si la finalidad de la acción es letal o autolesiva. Una vez determinado el riesgo, se desarrolla un plan de seguridad basada en la red de apoyo del paciente, implementa sesiones de terapia cognitivo-conductual y refiere a un psiquiatra (CSM-USFQ, 2020).

Dentro del protocolo de homicidio, se evalúa la intención homicida y el comportamiento violento por medio de un cuestionario. Si el profesional de salud mental identifica acceso razonable a la potencial víctima y arma letal, se comunica al personal de la directiva de la CSM. Asimismo, resulta primordial contactar a canales de emergencia, como el 911, y a la potencial víctima (CSM-USFQ, 2020). En el caso de violencia intrafamiliar, el protocolo indica que se debe informar a los directivos de la CSM inmediatamente, con el fin de implementar el plan de seguridad y llenar el formulario de denuncia y solicitud de medidas de protección. Finalmente, se informa al representante legal o contacto de emergencia de la víctima y al personal directivo y jurídico de SIME (CSM-USFQ, 2020).

Capítulo 3: Descripción de los desafíos

La CSM tiene un compromiso social, así como de formación académica y profesional. Como clínica universitaria tiene la responsabilidad de formar profesionales capacitados para el ejercicio de la clínica/psicoterapia; además, como clínica de salud mental, tiene el deber ético de ofrecer los mejores servicios para procurar un bienestar social y una mayor accesibilidad. No obstante, el advenimiento de la teleterapia como la mejor opción en cuanto a modalidad en un contexto de pandemia, plantea algunas dificultades en lo que respecta a cuestiones ético-legales y de intervención en crisis.

Siguiendo los objetivos del presente trabajo, a saber: elaborar y diseñar una guía de teleterapia. De esta forma, se le propone a la CSM el uso de este contenido/material con la finalidad de que tanto profesionales como estudiantes de la maestría se familiaricen con las leyes que giran en torno a la profesión, puedan llevar a cabo prácticas éticas, aplicar protocolos de intervención en crisis válidos y confiables en una modalidad como la que exige la teleterapia. Esta propuesta responde a los siguientes desafíos principales que se encontraron.

Desafíos Encontrados

Falta de Recursos de Emergencia Efectivos Creados Específicamente para el Cuidado de Salud Mental y Crisis

No existen refugios: entendiéndose como lugares de acogida que dan un lugar donde quedarse, comida y recursos básicos, contención, y que vinculan a los pacientes/víctimas con recursos apropiados. Tampoco existen líneas de crisis 24/7 que estén disponibles para el manejo, prevención y contención de crisis, y sean operadas por especialistas entrenados. La población se ve limitada a acudir al 911, cuyo alcance resulta muchas veces insuficiente y cuyos protocolos de salud mental son todavía débiles.

Acceso a Equipos Electrónicos e Internet

Consideramos que posiblemente uno de los obstáculos de la telemedicina es el alcance de este servicio. En este sentido, muchas poblaciones vulnerables y, en muchos casos, con extrema necesidad de intervención psicoterapéutica no cuentan con los recursos electrónicos necesarios para acceder a una consulta, aunque sea gratuita. Además, una parte significativa de la bibliografía y los protocolos desarrollados piensan en la teleterapia en el potencial contexto de tener disponible algún tipo de contacto visual. La realidad de nuestro país dejaría de lado a una parte importante de la población de regirse solo por esas guías, probablemente una parte de la población más vulnerable y desvalida. Por esta razón, sería importante considerar otros posibles medios de comunicación, como el teléfono, con el fin de ampliar el acceso.

Falta de Leyes que Regularicen la Práctica Psicoterapéutica

En Ecuador no existe un código legal que reglamente la práctica profesional de la psicoterapia, si bien existe el Código Orgánico de Salud, pero en este no se hace mención alguna a la salud mental y mucho menos a la práctica psicoterapéutica. En consecuencia, esto genera dos grandes problemas que afectan, por un lado, al usuario pues no existe un seguro que cubra los servicios de salud mental; por otro lado, ocasiona que él o la psicóloga clínica se encuentre en una posición de desconocimiento acerca de sus obligaciones legales para con su paciente/cliente.

Inexistencia de un Código de Ética Profesional

De la mano del desafío anterior, la ausencia de un código de ética profesional para psicólogos/psicólogas propio de Ecuador genera una ambigüedad en él o la profesional sobre a cuál código ético apearse. A esto se suma que el profesional en salud mental tampoco tiene un colegio y/o asociación a la cual afiliarse y que respalde tanto su conocimiento como su práctica. Si bien existe el código ético de la APA, esto

no exime la responsabilidad y la obligación de elaborar un código ético ecuatoriano que va a estar apegado y va a ir de la mano del de la APA, pero que, a la vez, necesariamente, tendrá particularidades que den cuenta del contexto social y cultural del país.

Falta de Leyes que Amparen a la Salud Mental

Como se ha mencionado anteriormente, no existen leyes que velen por la salud mental de los ciudadanos del Ecuador. Con esto en mente, nos encontramos con un gran reto el cual involucra a los seguros médicos privados, debido a que los mismos no cubren atención psicológica. En consecuencia, esto genera un mayor descuido de la salud mental por parte de los usuarios, puesto a que la mayoría preferirá evitar una consulta psicológica donde su seguro contratado no cubra la misma. Por otra parte, esto no permite el desarrollo de la salud mental en el país, puesto a que se la ve minimizada incluso por empresas privadas.

Capítulo 4: Propuesta

En la situación mundial actual, debido a la pandemia del COVID-19, varios aspectos de la consulta psicológica han sido modificados para poder continuar con la misma, pero de manera virtual. Algunos profesionales de la salud mental no han adquirido la información necesaria sobre estas adaptaciones, es por eso que es necesario compartir esta información de una manera clara y efectiva. Posteriormente a la investigación realizada, la cual fue basada en ciertos aspectos legales y clínicos de la consulta psicológica, se propone la creación de la “Guía Práctica para la Adaptación de la Consulta Psicológica a Teleterapia”. Dicho producto se desarrolló en la plataforma Genially, con el fin de crear material educativo y a la vez interactivo para el uso de profesionales de salud mental. Los materiales interactivos logran comunicar la información de una manera clara, organizada, y atractiva. La información se presenta en infografías, diagramas o videos, por lo que captará la atención de los usuarios y también se podrá comprender el contenido con más facilidad. Se ha encontrado que el aprendizaje interactivo tiene mayor efectividad y tiene mejores resultados en cuanto a la adquisición de la información comunicada (Zhang, 2005). De igual manera, al proveer material educativo de manera virtual, los profesionales pueden acceder al mismo desde cualquier dispositivo electrónico y en cualquier momento (Rosado Martin et al., 2016).

La propuesta consta de cuatro secciones importantes: Introducción a la teleterapia, implicaciones legales, intervención en crisis y preguntas frecuentes. Dentro de la primera sección, se mencionan aspectos generales de la teleterapia incluyendo su definición, sus ventajas y desventajas, y el tipo de población con la cual se tiene una mayor efectividad en la modalidad virtual. La segunda sección se enfoca en temas legales tanto como consentimiento informado, almacenamiento y protección de datos, protocolos de denuncia, etc. En cuanto a la sección de intervención en crisis, se incluye

la definición del protocolo de seguridad general y posteriormente se presentan protocolos de intervención enfocados en diferentes tipos de crisis (violencia doméstica, ideación suicida y abuso de sustancias). Por último, la sección de preguntas frecuentes abarca dudas que pueden surgir dentro de la teleterapia en cuanto a los temas tratados previamente, e incluye respuestas para las mismas (ver Anexo A).

Resolución de Desafíos Encontrados

Falta de Recursos de Emergencia Efectivos Creados Específicamente para el Cuidado de Salud Mental y Crisis

Incluso en el contexto de esta crisis sanitaria mundial y a pesar de varios pedidos extraoficiales y oficiales; como el reciente pronunciamiento del Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (2020) a través del cual, entre otras peticiones, insta al MSP a implementar estrategias de salud mental, especialmente el Plan de Prevención del Suicidio; los lineamientos y recursos en el país son insuficientes. La escasez de legislación y estrategias de prevención y manejo de salud mental en el Ecuador limita significativamente los recursos disponibles tanto para profesionales como para pacientes en el momento de una crisis.

Por ende, se destaca la responsabilidad del profesional de salud mental al momento de identificar y posteriormente referir al paciente a recursos locales de manejo de crisis y cuidado de salud mental. En primera instancia, es importante realizar un correcto triaje emocional para categorizar la potencial crisis a la correspondiente atención derivada, sea a una línea de emergencia como el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 o de teleasistencia de salud mental por medio de la línea del MSP 171 opción 6 (Mesa de Trabajo Técnica, Salud y Atención Pre Hospitalaria componente de Salud Mental, 2020). Además, el terapeuta debe señalar recursos que apoyen el proceso terapéutico y aumenten los factores de protección en función del caso de cada paciente. Por ejemplo, la existencia de centros especializados para el tratamiento de alcohol y drogas, organizaciones con servicios jurídicos y de apoyo social, centros de atención externa y casa de acogida a víctimas de violencia de género o intrafamiliar, etc.

Acceso a Equipos Electrónicos e Internet

De acuerdo con el Consejo General de Psicología de España (2013), el uso de la videoconferencia en la teleterapia debe incluir movilidad, instalación o conectividad con el fin de proteger los datos y la seguridad de los pacientes, sin embargo, esto da por hecho el libre acceso a los equipos electrónicos e internet por parte de la comunidad. En el Ecuador el 54.50% de los hogares no tiene acceso a internet, y solo el 23.30% de la población posee una computadora de escritorio y el 28.50% una computadora portátil (INEC, 2019). En cuanto al porcentaje de personas que tienen un teléfono inteligente, la estadística determinó que el 46% de la población urbana posee un teléfono inteligente, mientras que el número disminuye en la población rural, con el 28.80% (Primicias, 2020). Las estadísticas presentadas muestran un panorama más acertado en cuanto al acceso de TICs de la población ecuatoriana. Se recomienda que tomando en cuenta el contexto del paciente se puedan hacer las adaptaciones pertinentes, contemplando opciones como llamadas a telefonía fija y móvil desde un teléfono institucional, así como terapias presenciales guiándose por los protocolos de bioseguridad.

Falta de Leyes que Regularicen la Práctica Psicoterapéutica

Se podría refrenar este tercer desafío con psicoeducación al psicólogo como se hará en el presente texto. Ese puede ser el primer paso para que los profesionales de este campo tomen medidas para ponerse en contacto y quizás crear reuniones para llegar a un consenso donde la prioridad sea la creación de un Código específico del Psicólogo en el Ecuador se pueda desarrollar. Así podrían salvaguardar tanto al paciente o cliente brindando más importancia a la salud mental y su seguridad, así como al propio psicólogo para que pueda estructurar su comportamiento ético y jurídico con normas establecidas.

Inexistencia de un Código de Ética Profesional

Para resolver este desafío será necesario un trabajo comunitario, es decir, un compromiso por parte de todos los y las profesionales de la salud mental a organizarse y formar colegios y asociaciones. La creación de un código de ética sería el siguiente paso a dar después de conseguir incluir la salud mental en el código orgánico de salud, pues si el aspecto legal está por encima del ético, entonces el primero servirá de guía para la elaboración del primero. El rol de las universidades y de las clínicas asociadas o pertenecientes a las mismas es fundamental para superar este desafío, desde estas instituciones se tiene que incentivar tanto a profesionales como a estudiantes a la organización y ejecución de un código de ética profesional que contemple el contexto social y cultural de Ecuador.

Falta de Leyes que Amparen a la Salud Mental

Sin leyes claras que amparen a las personas que sufren de trastornos mentales, las aseguradoras privadas excluyen de sus pólizas el tratamiento de enfermedades de esta índole, subestimando la importancia y gravedad de estas. Con un salario básico de 400 dólares y una consulta psicológica particular con un costo entre 40 y 80 dólares, la mayoría de las personas no puede acceder a estos servicios (Torres, 2020). Por otro lado, algunas instituciones públicas como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), según la resolución 308, reconocen a la salud como un derecho y garantizan a sus afiliados el beneficio a servicios de salud física y mental (MSP, s.f.). Sin embargo, existen dos problemas emergentes: un gran porcentaje de ecuatorianos no están afiliados al IESS y hay una falta de personal y establecimientos que brinden servicios de salud mental. Con respecto al segundo, en el primer nivel de atención, el IESS solo cuenta con 174 psicólogos y servicios de psiquiatría en apenas cuatro hospitales del país (MSP, s.f.). En el 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó que el MSP

solamente destina un 1.2% de su presupuesto al ámbito de la salud mental y, de este porcentaje, el 60% a hospitales psiquiátricos. Sin fondos para el trabajo de promoción y prevención de la salud mental, el desarrollo en esta área se dificulta (OPS, 2008).

Para generar conciencia y progresar en aspectos de salud mental, es importante trabajar con las entidades regulatorias legales del país y abordar el tema desde arriba. Con la propuesta al tercer desafío mencionado y el establecimiento de leyes que regularicen la práctica psicoterapéutica, los sistemas de salud, tanto públicos como privados, tendrían lineamientos claros a los que atenerse como el tipo de terapia a implementar, el tiempo esperado del proceso terapéutico, el costo estipulado de este, etc. En base a esto, las aseguradoras también tendrían un panorama más claro y objetivo para así incorporar el tratamiento de trastornos mentales en sus pólizas. En Perú, por ejemplo, desde el 2019 se estableció una ley que obliga a todas las aseguradoras de servicios de salud a incorporar en sus pólizas la cobertura de trastornos mentales (Torres, 2020).

Conclusión

Los procesos de psicoterapia son complejos y dinámicos, e involucran diversos aspectos legales y éticos. Debido a la coyuntura global actual, los profesionales de la salud mental se han visto obligados a adaptar su práctica psicoterapéutica a la modalidad virtual. Aunque la telepsicología amplía el acceso a algunas poblaciones psiquiátricas y puede reducir los costos del servicio, también presenta diversos retos para los psicólogos clínicos. Entre ellos, se encuentra la inexistencia de medidas regulatorias relacionadas a la confidencialidad y escasez de protocolos de manejo de crisis. En este sentido, surge la necesidad de difundir información acerca del funcionamiento de la teleterapia y sus implicaciones legales.

Por esta razón, se elaboró una guía práctica que busca adaptar las pautas y protocolos de la consulta terapéutica presencial a la telepsicología. El producto final fue desarrollado en Genial.ly, puesto que es una plataforma *user-friendly* que permite crear contenido multimedia interactivo. La información recolectada durante la revisión bibliográfica se presenta en infografías, diagramas y vídeos, con el fin de presentarla de manera concisa y comprensible. Asimismo, el formato digital permite que los miembros de la CSM tengan acceso ilimitado al material educativo y puedan modificarlo de acuerdo a sus necesidades y futuros protocolos.

Los desafíos encontrados durante la fase de revisión bibliográfica fueron analizados cuidadosamente, con el objetivo de ofrecer soluciones que protejan a los profesionales de salud mental y garanticen servicios psicoterapéuticos de alta calidad a los pacientes. Por esta razón, se plantearon cinco propuestas que responden a la necesidad de recursos de emergencia, limitados recursos electrónicos, e inexistencia de regulaciones legales y éticas que amparen a los psicólogos clínicos y a las distintas poblaciones psiquiátricas. Cada propuesta requiere de intervenciones multidisciplinarias y respaldo gubernamental, por lo que también se sugieren alternativas basadas en medidas institucionales de protección y el apoyo de la comunidad. En este sentido, se recalca el valor del presente proyecto, pues sienta un precedente legal, ético y de manejo de crisis para futuros terapeutas y proyectos de investigación de la CSM. Finalmente, se espera que la revisión literaria y el contenido digital faciliten el acceso a la información relacionada con la teleterapia y promuevan la utilización de esta modalidad psicoterapéutica.

Referencias

- Acebo del Valle, G. (2018, 1 julio). Violencia intrafamiliar en la Provincia Bolívar, Ecuador; causas que la motivan. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
<https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/122>
- Advocates for Human Potential, Inc. (2018). *Crisis Plan and Working Through Hard Times / Mental Health Recovery*. Wellness Recovery Action Plan (WRAP).
<https://mentalhealthrecovery.com/info-center/crisis-plan/>
- Ahmedani, B., Simon, G., & Stewart, C. (2014, junio). *Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death*. NCBI.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026491/>
- American Counseling Association. (2014). *ACA Code of Ethics*.
<https://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>
- American Psychological Association. (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800.
<https://doi.org/10.1037/a0035001>
- American Psychological Association. (2014). *What are Telehealth and Telepsychology?* American Psychological Association.
<https://www.apa.org/pi/disability/resources/publications/telepsychology#:~:text=>

Telehealth%20and%20telepsychology%20offer%20increased,sign%20language
)%20and%20other%20advantages

American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (2002, amended effective June 1, 2003, and January 1, 2017).
<https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
<https://doi.org/10.1080/16506070903318960>

Asamblea Nacional República del Ecuador. (2020). *Código Orgánico de Salud*.
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf

Asamblea Nacional República del Ecuador. (2014). *Suplemento del Código Orgánico Integral Penal* (N°180. Registro Oficial). Órgano del Gobierno del Ecuador.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf

Atzl, V., Rozenman, M., & Holm-Denoma, J. (2020). *The Benefits and Challenges of the Home Environment for Teletherapy with Children and Adolescents*.
Association of Psychology Training Clinics.
<https://aptc.org/images/File/newsletter/August%202020.pdf#page=19>

Baena, A., Quesada, M., & Vogt, F. (2009). La e-psicología: posibilidades y limitaciones de las tecnologías de la información y de la comunicación en la terapia a distancia. *Revista de Psicoterapia*, 19(73), 119-140. ISSN-e 2339-7950

- Bonevski, D., & Naumovska, A. (2020). Panic Attacks and Panic Disorder. En R. Woolfolk, L. Allen, F. Durbano, & F. Irtelli (Eds.), *Psychopathology - An international and interdisciplinary perspective* (pp.1-14). Intechopen London, UK. <https://doi.org/10.5772/intechopen.86898>
- Boydell, K. M., Volpe, T., & Pignatiello, A. (2010). A qualitative study of young people's perspectives on receiving psychiatric services via televideo. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 5-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809440/>
- Burgoyne, N., & Cohn, A. S. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, 59(3), 974-988. <https://doi.org/10.1111/famp.12589>
- Cetz, N., Vásquez, M., & Santiago, W. (2015, mayo). Educación con tecnología multimedia: una experiencia en sistemas digitales. *Espectros*, 17-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6349234.com>
- Chávez, M., & Juárez, A. J. (2016). Violencia de género en Ecuador. *Revista Publicando*, 3(8), 104-115. https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/172/pdf_164
- Claver, E. (2020, 19 mayo). *Ventajas de la terapia online* [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?time_continue=14&v=T3T7VV6_RgQ&feature=emb_title
- Clínica de Salud Mental Universidad San Francisco de Quito. (2019). *Guía de las practicas formativas*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.

- Clínica de Salud Mental Universidad San Francisco de Quito. (2020). *Clínica de Salud Mental Universidad San Francisco de Quito*. <https://www.saludmentalusfq.com/>
- Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha. (1997). *Estatutos, reglamento interno y código de ética*.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2003). *Código de la niñez y adolescencia*. Registro Civil. <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Suplemento de la Ley Orgánica de Salud*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito. (2020, julio). *Pronunciamiento Oficial. Salud Mental: Una deuda pendiente antes y durante la pandemia*. <http://proteccionderechosquito.gob.ec/2020/07/02/9409165/>
- Consejo General de la Psicología de España. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. Consejo General de la Psicología de España. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- Consejo Supremo de Gobierno. (1986). *Ley de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos para el ejercicio, perfeccionamiento y defensa*. SCRIBD. <https://es.scribd.com/document/144517270/Ley-de-La-Federacin-Ecuatoriana-de-Psiclogos-Clinicos-Para-El-Ejercicio-Perfeccionamiento-y-Defensa-Profesional>
- Copeland, M. E. (2010). *Wellness Recovery Action Plan*. Peach Press.

Council of Europe. (2011). *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*. (CETS Publication No. 210).

Istanbul. Council of Europe Treaty Series. <https://rm.coe.int/168008482e>

Crisis Services. (2019, 1 febrero). *Risk Factors*. <http://crisisservices.org/suicide-prevention/risk-factors/>

Davis, J., & Briggs, E. (2000). *Practice Guidelines: Intimate Partner Violence*. National Violence Against Women Prevention Research Center. <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/advocacy/intimate.shtml>

de la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad Autónoma de Madrid.

https://pavlov.psyciencia.com/2014/08/protocolo_ideacion_suicida.pdf

de la Torre Martí, M., & Pardo Cebrián, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. ISBN: 978-84-87556-86-9

de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, *33*(12), 1155-1177.

<https://doi.org/10.1002/da.22572>

Edwards, K. M., Neal, A. M., & Rodenhizer-Stämpfli, K. A. (2016). Domestic violence prevention. *Preventing Crime and Violence*, 215-227.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-44124-5_19

Encyclopedia.com. (2019). Crisis Intervention. The Gale Encyclopedia of Mental Health. Recuperado en octubre 16, 2020 de:

<https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/crisis-intervention-0>

Everly, G., & Mitchell, J. (2017). *The SAFER-R Model*. International Critical Incident Stress Foundation, Incorporated. ISBN: 978-1-943001-14-9.

Fields, R. (2007). *Drugs in perspective* (pp. 145-150). McGraw-Hill.

Fuertes, J. N. (2012). Multicultural counseling and psychotherapy [Libro electrónico].

En E. M. Altmaier & J. C. Hansen (Eds.), *Oxford Handbook of Counseling Psychology* (Illustrated ed., pp. 570-588). Oxford University Press, USA.

https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Yz0w_DSHvowC&oi=fnd&pg=PP1&ots=pjpNwt-FgM&sig=FfoTa6JnH1V8AZNZQVftaB7zZb8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Gattupalli, S. S. (2019). *Multimedia Design*. Web Design Basics for Educators.

<https://edtechbooks.org/webdesign/multimediadesign>

Gilmore, A. K., & Ward-Ciesielski, E. F. (2017). Perceived risks and use of

psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(1), 59-63.

<https://doi.org/10.1177/1357633x17735559>

- Godleski, L., Nieves, J. E., Darkins, A., & Lehmann, L. (2008). VA telemental health: Suicide assessment. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(3), 271-286.
<https://doi.org/10.1002/bsl.811>
- Gómez, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista de psicología. Universidad de Antioquia*, 2(4), 19-32.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865226.pdf>
- González Pla, F., & Salomone, G. Z. (2016). El consentimiento informado en el campo de la salud mental. De la pauta deontológico-jurídica a la dimensión clínica. *Anuario de Investigaciones*, 23, 219-225.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696063.pdf>
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of applied suicide intervention skills training on the national suicide prevention lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- Gray, J., & Bufka, L. (2013). *How to help in an emotional crisis*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/help-emotional-crisis>
- Gutiérrez, I., De Benedetti, S., Do Canto, L., Fernández Samaniego, M., & Quiroz, M. C. (2018). Violencia intrafamiliar y prevención: Materias pendientes en las políticas públicas de la Argentina. *Las caras invisibles de la pobreza. Una*

mirada integral de la vulnerabilidad, 170-175.

<https://doi.org/10.26422/icf.2018.cong05.gut>

Hilty, D. M., Gentry, M. T., McKean, A. J., Cowan, K. E., Lim, R. F., & Lu, F. G. (2020). Telehealth for rural diverse populations: telebehavioral and cultural competencies, clinical outcomes and administrative approaches. *mHealth*, 6(20), 1-20. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.10.04>

Hilty, D., Ferrer, D., Parish, M., Johnston, B., Callahan, E., & Yellowlees, P. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine And E-Health*, 19(6), 444-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2011). *Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados*. Resolución Del IESS 308. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Tecnologías de la Información y Comunicación-TIC*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-tic/>

James, R. K., & Gilliland, B. E. (2013). *Crisis Intervention Strategies* (7.^a ed.). Thomson Brooks/Cole.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the

national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415>

Lin, L., Fernandez, A., & Bonar, E. (2020). Telehealth for substance-using populations in the age of Coronavirus disease 2019. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1209. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1698>

Luxton, D. D., Pruitt, L. D., & Osenbach, J. E. (2014). Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 27-35. <https://doi.org/10.1037/a0034547>

MacEvilly, D., & Brosnan, G. (2020). Adapting an emotional regulation and social communication skills group programme to teletherapy, in response to the COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-6. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.109>

Macías, J. J., & Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113. ISSN 0213-3334.

Martínez, C. (2020, abril). *Intervención y psicoterapia en crisis en tiempos del coronavirus*. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad. http://midap.org/wp-content/uploads/2020/04/INTERVENCION-Y-PSICOTERAPIA-EN-CRISIS_Claudio-Martinez_abrio2020.pdf

Mayer, R. E. (2009). *Principles of Multimedia Learning*. WILEY Education Services. <https://ctl.wiley.com/principles-of-multimedia-learning/>

- Mayo Clinic. (2018, 20 noviembre). *Los ataques de pánico y el trastorno de pánico - Síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/panic-attacks/symptoms-causes/syc-20376021>
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M. K., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060-1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- Mead, E. B. (2020, 1 septiembre). *What is Teletherapy & The Benefits of Online Therapy*. Positive Psychology. <https://positivepsychology.com/teletherapy/>
- Melchiori, J. A., Sansalone, P. A., & Borda, T. (2011). Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece Internet para la psicoterapia. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/48.pdf>
- Mesa de Trabajo Técnica, Salud y Atención Pre Hospitalaria componente de Salud Mental. (2020, abril). *Protocolo operativización estratégica de salud mental en emergencias COVID19 (0.1.)*. Ministerio de Salud Pública. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/protocolo-operativizaci%C3%B3n-emergencia_sanitaria.pdf
- Ministerio de Gobierno de la República del Ecuador. (s. f.). *Campaña “Ecuador Actúa Ya. Violencia de Género, ni más” sensibiliza a toda la comunidad*. <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/campana-ecuador-actua-ya-violencia-de-genero-ni-mas-sensibiliza-a-toda-la-comunidad/>

Ministerio de Justicia. (2014). *CÓDIGO INTEGRAL PENAL*.

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Ministerio de Salud Pública.

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Pública Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, &

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. (2015, diciembre). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de la Salud Mental de la OMS*.

https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Ministerio de Salud Pública.

https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf

Molfenter, T., Brown, R., O'Neill, A., Kopetsky, E., & Toy, A. (2018). Use of

Telemedicine in addiction treatment: Current practices and organizational implementation characteristics. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2018, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/3932643>

- Moreno, F., Chong, J., Dumbauld, J., Humke, M., & Byreddy, S. (2012). Use of Standard Webcam and Internet Equipment for Telepsychiatry Treatment of Depression Among Underserved Hispanics. *Psychiatric Services, 63*(12), 1213-1217. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100274>
- Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Foy, D., Reilly, P., Shore, J., He, Q., & Frueh, C. (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(07), 855-863. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05604blu>
- National Health Resource Center on Domestic Violence. (2020). *Telehealth, COVID-19, intimate partner violence, and human trafficking: Increasing safety for people surviving abuse*. Futures Without Violence. https://www.futureswithoutviolence.org/wp-content/uploads/Telehealth-COVID-19-IPV-and-HT_Guide.pdf
- Office of Victims of Crime. (2019). *OVC Help Series for Victims of Crime: Domestic Violence*. National Criminal Justice Reference Service. <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=279075>
- Ogonowska, A. (2018). (Cyber)psychological and media determinants of online individual psychotherapy. *Psychoterapia, 3*(186), 65-79. http://psychoterapiaptpl/uploads/PT_3_2018/ENGver65Ogonowska_Psychoterapia_3_2018.pdf
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 241*, 627-633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069>

- Olivella-López, G., Cudris-Torres, L., & Medina-Pulido, P. L. (2020, agosto). La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea. *Desbordes, 11(1)*.
<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/desbordes/article/view/4078>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. World Health Organization.
https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Owusu Adjah, E. S., & Agbemafle, I. (2016). Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BioMed Central Public Health, 16(1)*, 1.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3041-x>
- Palmer, N., Myers, K., Vander Stoep, A., McCarty, C., Geyer, J., & DeSalvo, A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder and telemental health. *Current Psychiatry Reports, 12(5)*, 409-417. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0132-8>
- Peñate, W., Roca, M. J., & del Pino, T. (2014). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta Colombiana de Psicología, 17(2)*, 91-101. <https://doi.org/10.14718/acp.2014.17.2.10>
- Pezzutto, A., & Minetto, M. (2020, 3 mayo). *Gestalt play therapy online in terapia del dolore e cure palliative pediatriche*. Gestalt Play Therapy Italia.
<http://gestaltplaytherapy.it/gestalt-play-therapy-online-terapia-dolore-cure-palliative-pediatriche/>
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2020). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly, 1-16*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>

- Primicias. (2020, 27 agosto). *Solo el 45,5% de hogares en Ecuador tiene acceso a Internet, según el INEC*. Primicias.
<https://www.primicias.ec/noticias/tecnologia/ecuador-hogares-acceso-internet-inec/>
- Rabinowitz, T., Murphy, K., Amour, J., Ricci, M., Caputo, M., & Newhouse, P. (2010). Benefits of a Telepsychiatry Consultation Service for Rural Nursing Home Residents. *Telemedicine And E-Health*, 16(1), 34-40.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2009.0088>
- Ramos, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. *Revista Bioética*, 23(1), 20-30. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231042>
- Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1-22. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/2.1.1>
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283. <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Rosado Martin, S., G rtrudix Barrio, M., & Esteban Sánchez, N. (2016). Benefits of the adaptation of interactive educational materials in the teaching-learning process for distance students. *EDULEARN16 Proceedings*, 318-327.
<https://doi.org/10.21125/edulearn.2016.1061>

- Secretaría de Salud de México. (2020). *Programa de prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres*. Secretaría de Salud de México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). Take my hand, help me out: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (2.^a ed.). Editorial El Manual Moderno. <http://api.cpsp.io/public/documents/1586729593875-intervencion-en-crisis-manual-para-pract.pdf>
- Slama, K. (2004). Rural Culture is a Diversity Issue. *Minnesota Psychologist*, 8-13. <https://www.apa.org/practice/programs/rural/rural-culture.pdf>
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>
- Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S., & Wilkins, N. (2017). *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. CDC. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020, 6 octubre). *Warning Signs and Risk Factors for Emotional Distress*. Substance Abuse and

Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/disaster-distress-helpline/warning-signs-risk-factors>

Suicide Prevention Resource Center. (2007). *Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)*. Suicide Prevention Resource Center.
<https://www.sprc.org/resources-programs/applied-suicide-intervention-skills-training-asist>

Torres, F. (2020). *¿Por qué tu seguro no cubre salud mental?* Salud Con Lupa.
<https://saludconlupa.com/series/salud-mental/por-que-tu-seguro-no-cubre-salud-mental/>

Trujillo Borrego, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología: Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 321-335.
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84938/7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tsirigotis, K., & Łuczak, J. (2017). Resilience in women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 201-211. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9529-4>

Turvey, C., Coleman, M., Dennison, O., Drude, K., Goldenson, M., Hirsch, P., Jueneman, R., Kramer, G. M., Luxton, D. D., Maheu, M. M., Malik, T. S., Mishkind, M. C., Rabinowitz, T., Roberts, L. J., Sheeran, T., Shore, J. H., Shore, P., van Heeswyk, F., Wregglesworth, B., ... Bernard, J. (2013). ATA practice guidelines for video-based online mental health services. *Telemedicine and e-Health*, 19(9), 722-730. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.9989>

- Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía de atención paciente en crisis emocional – Primeros auxilios psicológicos. Universidad Industrial de Santander.
https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- Universidad San Francisco de Quito. (2016, abril). *Clínica de Salud Mental SIME-USFQ*. Psicología USFQ. <https://sic.usfq.edu.ec/2016/04/clinica-de-salud-mental-sime-usfq.html>
- Vallejo, M. A., & Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91, 27-42.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N91-2.pdf>
- Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V. A., Carter, J., Wicksteed, A., Maharaj, A., Wade, T. D., Wisniewski, L., Farrell, N. R., Raykos, B., Jorgensen, S., Evans, J., Thomas, J. J., Osenk, I., Paddock, C., Bohrer, B., Anderson, K., ... Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1132-1141. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>
- Wang, D., & Gupta, V. (2020). *Crisis Intervention* [Libro electrónico]. National Center for Biotechnology Information Bookshelf.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/?report=reader#_NBK559081_pubdet_
- World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. World Health Organization, Sexual and

reproductive health.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012).

Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate*

partner violence or sexual violence: a clinical handbook. World Health

Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>

World Health Organization. (2016). *Psychological First Aid for All* [Diapositivas].

World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/ppt.pdf?ua=1

World Health Organization. (2020, 7 mayo). *During COVID-19 pandemic, violence*

remains preventable, not inevitable. World Health Organization Europe.

<https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements-and-speeches/2020/statement-during-covid-19-pandemic,-violence-remains-preventable,-not-inevitable>

Yellowlees, P., Shore, J., & Roberts, L. (2010). Practice guidelines for

videoconferencing-based telemental health – October 2009. *Telemedicine and e-Health*, 16(10), 1074-1089. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0148>

Zero Suicide Institute. (2020). *Telehealth and Suicide Care During the COVID-19*

Pandemic.

<http://zerosuicide.edc.org/sites/default/files/Telehealth%20and%20Suicide%20Care%20During%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf>

Zhang, D. (2005). Interactive multimedia-based e-learning: A study of effectiveness.

American Journal of Distance Education, 19(3), 149-162.

https://doi.org/10.1207/s15389286ajde1903_3

Anexos

Anexo A: Guión gráfico recurso digital

Tema	Inducción a la teleterapia		Guías de ruta y protocolos	
Subtemas	Teleterapia	Implicaciones Legales	Implicaciones Legales	Protocolos: Manejo de crisis
Componentes	1. Introducción a la teleterapia y sus beneficios. 2. Discutir los tipos de poblaciones para los que se recomienda la teleterapia. 3. Pros/Contras de la teleterapia.	1. Títulos y credenciales para el ejercicio de la profesión. 2. Elementos del consentimiento informado. 3. Almacenamiento y protección de datos. 4. Límites de relacionamiento y competencia	1. Leyes y Códigos Orgánicos. 2. Situaciones de denuncia. 3. Protocolo de denuncia sugerido. 4. Implicaciones éticas de la denuncia	Elaboración de un plan de seguridad: 1. Medios de comunicación. 2. Contactos de emergencia. 3. Números de emergencia locales. 4. Tratamiento de preferencia. 5. Indicadores de mejora. Secciones: 1. Intervención en tentativa de Suicidio. 2. Intervención en casos de Violencia Intrafamiliar. 3. Intervención en casos de Abuso de Substancias.
Objetivos	Exponer una introducción sobre implicaciones de la teleterapia, práctica y breve, dirigida tanto para profesionales como para	Identificar los elementos legales y éticos esenciales antes de empezar terapia en modalidad telemática.	Identificar las leyes, códigos orgánicos y situaciones de denuncia legales que se pueden presentar en terapia y cómo proceder ante ello.	Presentar una guía básica con el fin de identificar los elementos esenciales en el manejo de crisis, tanto general como para escenarios específicos (e.g. ideación suicida,

	nuevos practicantes.			violencia y consumo de sustancias).
Preguntas Esenciales	¿Qué terapia es la más efectiva en teleterapia? ¿Con qué tipos de poblaciones no es efectiva la modalidad?	¿Qué elementos debe tener mi consentimiento informado para que sea una protección legal para mí y para el paciente? ¿Durante cuánto tiempo debería guardar los datos obtenidos durante las sesiones?	¿Cuáles son las leyes y códigos que los psicólogos deben conocer antes de empezar su práctica clínica?	¿Cuáles son los pasos a seguir para cada caso de crisis? ¿Cuáles son los elementos en común del manejo de crisis (independiente mente del tipo de crisis)? ¿Cuál es el flujo de trabajo?
Materiales	Infografías interactivas	Infografías interactivas	Infografías interactivas	Infografías interactivas

Reflexión final

Durante el tiempo que duró la creación de este trabajo se fueron presentando ciertas cosas que, tal vez, este sea el espacio para mencionarlas. Cuando las dos tutoras, Cristina y Sol, hablaron sobre los retos y explicaron que la asignación de los retos no sería por afinidad entre estudiantes sino entre el tema, pensé es algo positivo. De cierta manera trabajaría con personas que, tal vez, no las conocía, que no sabía cómo trabajan y si se podría o no crear un ambiente sano y equilibrado para lograr llegar hasta el final; a pesar de esto, estaríamos motivados por desarrollar un proyecto que nos atrae y por un meta en común la cual es graduarnos.

Exceso de participantes. Este proyecto se hizo en conjunto con otro grupo y terminamos siendo ocho personas redactando un mismo trabajo escrito, cada uno tenía, en cierto sentido, su propio estilo de escritura. A pesar de que existan reglas de puntuación claras y conectores que son más usados que otros, eso no imposibilita que en cada párrafo uno pueda descubrir que hay varios autores intentando dar fluidez y que sus diferencias no sean tan notorias. Este exceso de participantes fue un conflicto tanto al momento de redactar como al de organizar y repartir las tareas.

Falta de integración. Otro aspecto importante fue la organización que cada integrante tiene y la demanda de una organización grupal. En clase nos advertían de las complicaciones que pueden surgir en un grupo y, a pesar de esto, eso no impidió que efectivamente se originen. Esto era bastante notorio porque, personalmente, sentí que no hubo una buena integración entre los miembros del grupo. Por un lado, éramos el grupo de legal y ellas el grupo de crisis; por el otro lado, éramos el grupo del reto de la clínica de salud mental. Esto muchas veces generó dificultad porque dentro del grupo legal logramos entendernos, descubrir y aceptar cómo trabajaba cada miembro. Pero cuando

teníamos una reunión entre los dos grupos y la tutora era una reunión entre la “representante” del grupo de legal, la tutora y el grupo de crisis.

Falta de homogeneidad en el compromiso y participación de los miembros.

Tal vez este sea el problema más difícil de resolver que hubo en el grupo. Considero que de cualquier manera todos los miembros del equipo estábamos comprometidos a sacar adelante este proyecto, quizá unos sentían el compromiso más fuerte que otros y por eso se involucraban más en las reuniones. Muchas veces el no participar se puede entender como una falta de compromiso, al contrario, pues no se trata de cuantas veces se participa sino de la calidad de la intervención. Lo mismo se aplica al momento de cumplir las tareas de las que cada miembro se hacía cargo, no se trata de quien haga primero o de quien esté retrasado, sino de que cada miembro pueda cumplir con los objetivos planteados y su trabajo sea de buena calidad.

Si bien trabajar en grupo puede ser algo bastante agotador y cansado, por temas de organización, de los métodos de trabajo que cada integrante tiene; también, tiene aspectos positivos cuando hay un líder, cuando los miembros logran entenderse y se forma una especie de complicidad. Esto permite espacios tanto para reírse o molestar como para llamarle la atención a uno de los miembros sin generar malestar. A lo largo de la carrera, trabajar en grupo fue algo que de lo posible evitaba, las malas experiencias son más que las buenas, al menos cuando, estas en un curso en el que no conoces a nadie; sin embargo, y como nos dijeron las tutoras, en la vida profesional muchas veces tendremos que trabajar en grupo. Entonces, es necesario desarrollar ciertas habilidades para que esto no se vuelva agotador y poder generar un trabajo que, tal vez, de manera individual no sea posible.

Por último, y no habiendo otro lugar para agregar esto, me es necesario expresar un agradecimiento a las otras siete personas con las que trabajé en este proyecto porque, a pesar, de las discrepancias, hubo una buena apertura para conversar y para ayudarnos. A nuestra tutora que nos daba sugerencias adecuadas, su ayuda inmediata cuando de conseguir algún documento de la clínica y/o ponernos en contacto con algún contacto que nos parecía necesario. Y a todas esas otras personas que de una u otra manera me supieron dar ánimos y escuchar las ideas y los adelantos que iba teniendo conforme la investigación avanzaba.